

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO
Curso de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

PROJECTO DE INTERVENÇÃO

**Lembrando a idade com sucesso: Memória Retrospectiva e
Prospectiva em Idosos Saudáveis**

Patrícia Isabel Serrado Pato

BEJA
2015

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Curso de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária

Projeto de Intervenção

**“Lembrando a idade com sucesso: Memória Retrospectiva e
Prospectiva em Idosos Saudáveis”**

**Dissertação de mestrado apresentada na Escola Superior de Educação do
Instituto Politécnico de Beja**

Elaborado por:

Patrícia Isabel Serrado Pato

Orientado por:

Prof.^a Doutora Maria Cristina de Campos Sousa Faria

Coorientado por:

Prof.^a Doutora Katie Almondes

Prof. Doutor Bernardino Fernández Calvo

Beja

2015

Resumo

Envelhecer está normalmente associado ao declínio dos processos cognitivos, sendo comum nesta fase o aparecimento de queixas relacionadas com perdas de memória. O envelhecimento acarreta uma série de mudanças biopsicossociais, dentre as mais significativas são alterações cognitivas. Algumas seguem intactas e outras sofrem um declínio importante.

Do ponto de vista metodológico, esta investigação teve como objectivo analisar a relação entre o envelhecimento bem-sucedido e as queixas de memória prospectiva e memória retrospectiva.

Os sujeitos participantes deste estudo foram os idosos que se encontram a frequentar um projecto desenvolvido pela Câmara Municipal de Moura intitulado “Actividade Física Sénior”.

Após o preenchimento do termo livre de consentimento por parte dos participantes idosos, procedeu-se à aplicação do Mini Exame do Estado Mental (Folstein et. al. 1975) onde se avaliou as capacidades cognitivas do idoso e a escala de ansiedade e depressão hospitalar (Ribeiro et al. 2007). De seguida aplicamos o Questionário de memória prospectiva e retrospectiva (Benites, 2007), onde se pretende obter informação acerca do perfil dos participantes e as falhas quotidianas de memória, seguido da Escala de envelhecimento bem-sucedido (Reker, 2009) que mede a percepção do mesmo e por fim o questionário socio demográfico. Após os resultados podemos observar que: em média, a perda de memória é reduzida, a maioria dos idosos apresenta queixas de memória, apresentam valores elevados de envelhecimento bem-sucedido embora seja um envelhecimento bem-sucedido baixo e a escala de envelhecimento bem-sucedido apresenta valor superior para os que apresentam ausência de queixas de memória. Face os resultados obtidos foi delineada uma proposta de projecto de intervenção no sentido de diminuir as queixas de memória dos idosos e potenciar o envelhecimento bem-sucedido.

Palavras-chave: Idosos saudáveis; Envelhecimento bem-sucedido; Memória Prospectiva; Memória Retrospectiva

Abstrat

Aging is usually associated with the decline of the cognitive processes, since it is common at this stage the appearance of complaints related to memory loss. Aging brings a number of biopsychosocial changes and among the most significant ones are cognitive changes. Some remain intact but others suffer a major decline.

From a methodological point of view, this research aimed to analyse the relationship between successful aging and complaints from prospective and retrospective memory.

The participants in this study were elderly people who are currently attending a project, developed by the city of Moura, entitled "Physical Activity Senior".

After filling out the free consent term, the participants proceeded to the implementation of the Mini Mental State Examination (Folstein et. al. 1975) that evaluated cognitive abilities of the elderly, the anxiety scale and hospital depression (Ribeiro et al. 2007). Then we applied the questionnaire about prospective and retrospective memory (Benites, 2007), in which we seek to obtain information about the profile of the participants and everyday memory loss, followed by the application of the successful aging scale (Reker, 2009) which measures the perception of the participants and finally the application of the socio-demographic questionnaire. After the results, we can note that: on average, memory loss is reduced, most of the elders had memory complaints and have high levels of successful aging, although it is a low successful aging and the scale of successful aging shows a higher value for those with no memory complaints. Given the obtained results, it was outlined an intervention project proposal to reduce memory complaints of older people and enhance the successful aging.

Keywords: Healthy older people; Successful aging; Prospective memory; Retrospective memory

“Não há um futuro sem os nossos idosos, se eles nao nos legam actualmente o saber, legam-nos seguramente o afecto e nós projectamo-nos em cada ruga deles, como que ao espelho, somos nós próprios e é toda a nossa cultura que olhamos.”

(Paúl, 1997 p.7)

Agradecimentos

A concretização deste trabalho não teria sido possível sem o contributo de algumas pessoas que, de diversas formas, estiveram presentes no decorrer da sua realização e às quais gostaria de deixar um sincero agradecimento. Desta forma, manifesto a minha gratidão a todos os que estiveram presentes nos momentos de angústia, de ansiedade, de insegurança, de exaustão e de satisfação.

Agradeço à Professora Doutora Maria Cristina de Campos Faria pelo apoio disponibilizado e por todos os contributos dados, que me permitiram aperfeiçoar este trabalho. O apoio e a confiança que sempre demonstrou relativamente ao meu trabalho, ajudaram-me a reforçar a certeza da pertinência da investigação que me propus realizar.

À Professora Doutora Katie Almondes e ao Professor Doutor Bernardino Fernández Calvo pela forma como me acolheram na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – Brasil onde nasceu esta dissertação, pela sua coorientação, por toda a ajuda e pelas sugestões pertinentes que fizeram no decorrer desta dissertação.

Ao Prof. Cesário Almeida, pelo apoio em questões relacionadas com o programa SPSS e ao Dr. Paulo Pereira, pela colaboração no tratamento estatístico dos dados.

Expresso também a minha gratidão e solidariedade aos idosos pela partilha, sinceridade e ainda pela disponibilidade que demonstraram em participar no presente estudo, sem eles este trabalho não existiria.

À Câmara Municipal de Moura que autorizou a recolha de informação junto dos idosos que participam no projeto “Atividade Física Sénior” e ao técnico responsável pelo projeto, Nelson Bartolo pela sua ajuda e inteira disponibilidade no decorrer da recolha de informação.

À minha família: ao meu pai, às minhas irmãs, aos meus sobrinhos, que sempre estiveram presentes e me acompanharam durante todo este percurso e que me apoiaram de forma incondicional, acreditando sempre no meu esforço e empenho. Espero que esta etapa que agora termino possa, de alguma forma, retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que, constantemente me oferecem. A eles, dedico todo o trabalho.

E a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta investigação.

Índice

Índice de Tabelas	VII
Índice de Quadros	VIII
Introdução	9
Parte I – Enquadramento Teórico	11
1. O envelhecimento e as suas múltiplas facetas	11
1.1 Envelhecimento bem-sucedido	13
1.2 Envelhecimento e Memória	19
2. Memória: Tipos e seus Modelos	21
2.1 Memória Prospectiva e Retrospectiva	23
Parte II – Estudo Empírico	25
3. Metodologia	25
3.1 Tipo de Estudo	25
3.2 Objectivos de Estudo	26
3.3 Caracterização do Local de Estudo	27
3.4 Participantes	27
3.5 Instrumentos	28
<i>Mini Exame do Estado Mental (MEEM)</i>	28
<i>Escala de Envelhecimento bem-sucedido (SAS)</i>	29
<i>Questionário Sociodemográfico</i>	30
<i>Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva (PRMQ)</i>	30
<i>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar</i>	30
3.6 Procedimento	31
3.7 Técnicas de Análises de dados	32
3.7.1 Análise quantitativa	32
4. Apresentação de Resultados	36
4.1 Resultados do Questionário Sociodemográfico	36
4.1.1. Caracterização dos participantes face à idade, género, naturalidade, estado civil, número de filhos, escolaridade e remuneração económica	36
4.1.2. Caracterização da população sobre a actividade física e a memória	38
4.2 Estado Mental, Ansiedade e Depressão	42
4.2.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	42
4.2.2 Escala de ansiedade e depressão (EAD)	43
4.3 Memória e Envelhecimento bem-sucedido	43
4.3.1 Memória prospectiva e retrospectiva dos idosos	43
4.3.2 Relação entre as queixas de memória com a escolaridade, estatuto socioeconómico e género	44
4.3.2.1 Queixas de Memória e Escolaridade	44
4.3.2.2 Queixas de Memória e Estatuto Socioeconómico	45
4.3.2.3 Queixas de Memória e Género	46
4.4 Envelhecimento bem-sucedido	46
4.4.1 Relação entre Envelhecimento bem-sucedido e Escolaridade	47

4.4.2	Relação entre Envelhecimento bem-sucedido e Estatuto Socioeconómico	48
4.4.3	Relação entre Envelhecimento bem-sucedido e Género	49
4.5	Queixas de Memória e Envelhecimento Bem-sucedido.....	50
5	Discussão de resultados	51
Parte III – Proposta de Projecto de Intervenção Comunitária		58
6.	Proposta do Projecto Intervenção AGIT(A)MENTE	58
6.1	Fundamentação do Projecto de Intervenção	58
6.2	Designação do Projecto	60
6.3	Objectivos	60
6.4	Profissionais envolvidos na dinamização e liderança do projecto	61
6.5	Público-alvo	61
6.6	Planificação da intervenção	61
6.7	Desenvolvimento sucinto das actividades a propor.....	65
6.8	Avaliação do Projecto.....	66
6.9	Cronograma	67
Conclusão		68
Referências Bibliográficas		69
Apêndices.....		73
Anexos.....		91

Índice de Tabelas

Tabela I Idade	36
Tabela II Género	37
Tabela III Naturalidade	37
Tabela IV Estado Civil.....	37
Tabela V Quantos filhos você tem?	37
Tabela VI Escolaridade	38
Tabela VII A remuneração económica é aproximadamente	38
Tabela VIII Faz actividade física regularmente?	38
Tabela IX Alguém perto de você (família/amigos) pensa que você tem uma memória fraca?	39
Tabela X Como é que vê a sua memória hoje?	39
Tabela XI Queixas de Memória: Ausência vs Presença.....	39
Tabela XII Como é que vê a sua memória hoje, comparando com cinco anos atrás? ..	40
Tabela XIII Como é que você classificaria a sua própria memória, em comparação com a dos outros da sua idade?	40
Tabela XIV Você acha que a sua memória tem interferido e dificultado as suas actividades diárias, em comparação com cinco anos atrás?	40
Tabela XV Se sim, quanto?	41
Tabela XVI Você acha que a sua memória tem causado problemas em sua vida familiar, em comparação com cinco anos atrás?	41
Tabela XVII Se sim, quanto?	41
Tabela XVIII Estatísticas - Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	43
Tabela XIX Estatísticas - Escala de ansiedade e depressão (EAD)	43
Tabela XX Estatística - Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva (PRMQ)	44
Tabela XXI Frequências - Queixas de Memória: Ausência vs Presença	44
Tabela XXII Estatística e Testes de Kruskal-Wallis: Relações entre a Escala PRMQ e a Escolaridade.....	44
Tabela XXIII Frequências - Relação entre as Queixas de Memória e a Escolaridade .	45
Tabela XXIV Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre a Escala PRMQ e o Estatuto Socioeconómico	45

Tabela XXV Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre a Escala PRMQ e o Género	46
Tabela XXVI Estatísticas - Escala de Envelhecimento Bem-sucedido.....	46
Tabela XXVII Frequências - Categoria EBS: Baixo vs Alto.....	47
Tabela XXVIII Estatística e Testes de Kruskal-Wallis: Relações entre a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido e a Escolaridade.....	47
Tabela XXIX Frequências - Relação entre a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido (em categorias) e a Escolaridade	48
Tabela XXX Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre a Escala de Envelhecimento Bem-Sucedido e o Estatuto Socioeconómico	48
Tabela XXXI Frequências - Relação entre a Escala de Envelhecimento Bem Sucedido (em categorias) e o Estatuto Socioeconómico	48
Tabela XXXII Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre a Escala de Envelhecimento Bem Sucedido e o Género	49
Tabela XXXIII Frequências - Relação entre a Escala de Envelhecimento Bem Sucedido (em categorias) e o Género	49
Tabela XXXIV Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre a Escala de Envelhecimento Bem Sucedido e as Queixas de Memória.....	50
Tabela XXXV Frequências - Relação entre a Escala de Envelhecimento Bem Sucedido (em categorias) e as Queixas de Memória.....	50

Índice de Quadros

Quadro I Plano de Acção do Projecto AGIT(A)MENTE	62
Quadro II Cronograma das Actividades	67

Introdução

O processo de envelhecimento e a velhice são uma fase integrante do ciclo de vida humana. Segundo Fonseca (2005), o significado dos termos, envelhecimento, idoso e velhice depende muito do contexto social e histórico em que são produzidos e tal como acontece com as atitudes perante os idosos, estes conceitos têm vindo a mudar, reflectindo o melhor conhecimento que existe acerca do ser humano, a cultura e relações sociais das várias épocas.

O envelhecimento *“foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte”* (Fonseca, 2005 p.21). Se este é um período de perdas, reconhece-se também que não tem sido dada verdadeira atenção à criação de medidas preventivas no sentido de controlar e reduzir essas mesmas perdas, pelo que, e na expressão de Fonseca (2005), não se deverá acentuar tanto os efeitos negativos da velhice, mas antes as características da pessoa que envelhece e que é, até ao fim, “uma pessoa em desenvolvimento”.

A perda de capacidades cognitivas relacionadas com o processo de envelhecimento ainda não é um dado adquirido. Neste âmbito, Salthouse (1998, cit. Fonseca 2005: 36-37), conclui que existem ainda poucas respostas para as razões de um declínio cognitivo associado à idade, no entanto “sabe-se que um certo tipo de memória, raciocínio abstracto e resolução de problemas novos declinam com a idade”.

A memória humana é capaz de realizar uma rica variedade de operações. Por um lado, a memória humana permite-nos identificar e classificar sons, sinais, cheiros, gostos e sensações. Por outro lado, ela é capaz de reter e manipular informações que adquirimos durante a nossa vida.

Neste sentido, a memória consiste num conjunto de procedimentos que permite manipular e compreender o mundo, levando em conta o contexto actual e as experiencias individuais. Estes procedimentos envolvem mecanismos de codificação, retenção e recuperação.

O tema que norteou o presente trabalho de investigação é intitulado de “Lembrando a idade com sucesso: Memória Retrospectiva e Memória Prospectiva em Idosos Saudáveis”.

Neste sentido, o objectivo geral que orienta esta investigação foca-se na análise da relação entre o envelhecimento bem-sucedido e as queixas de memória prospectivas e retrospectivas. Os objectivos específicos considerados são os seguintes: Avaliar a memória prospectiva e retrospectiva dos idosos; caracterizar o envelhecimento bem-sucedido; Avaliar a relação entre a escolaridade, estatuto socioeconómico, sexo e as queixas de memória.

Este trabalho será constituído por três partes, na primeira parte elaboramos o enquadramento teórico, com uma abordagem aos temas relacionados com o envelhecimento, envelhecimento bem-sucedido passando também pela memória prospectiva e retrospectiva. Na segunda parte surge referência á metodologia aplicada na realização deste estudo. E por fim, na terceira parte será apresentada uma proposta de intervenção comunitária, de forma a colmatar as necessidades identificadas.

Parte I – Enquadramento Teórico

1. O envelhecimento e as suas múltiplas facetas

O envelhecimento pode ser definido, por um lado, como o aumento do número de pessoas idosas na população e, por outro lado, como um processo contínuo de crescimento, desenvolvimento associado ao ciclo de vida, relacionado com as experiências e expectativas dos sujeitos e com as possibilidades e desenvolvimento de determinada sociedade. O envelhecimento está associado ao modo como envelhecemos e à velhice.

O envelhecimento não é um estado, mas um processo que integra uma série de fenómenos que se sucedem numa determinada ordem e durante um certo período de tempo, ao qual nós chamamos o ciclo da vida.

Do ponto de vista científico, o envelhecimento é um processo natural do ciclo de vida humano que acarreta consigo várias alterações biopsicossociais, este processo é pessoal e produz mudanças ao nível da relação entre o homem e o meio onde se insere, afirmação que é realçada por Oliveira (2005 p.24), quando afirma que diversos autores entendem por envelhecimento *“um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo-psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo”*.

Do ponto de vista biológico, não foi demonstrada com precisão a linha divisória entre desenvolvimento e envelhecimento. Biologicamente, ambos são processos contínuos, umas vezes sequenciais e outras coincidentes no tempo, dependendo dos órgãos e células do ser vivo que são observados. (Osório et al, 2007) No entanto, torna-se evidente que a velhice humana gera redução da capacidade funcional devido ao curso do tempo, tal como em todos os organismos vivos, mas essas limitações não impedem o desenvolvimento de uma vida plena. (Osório et al, 2007)

Tal como defende Cancela (2007 p.1), *“a (...) velocidade e gravidade (...)” deste processo “ varia de indivíduo para indivíduo”*.

De acordo com esta abordagem, os indivíduos envelhecem de formas diversas podendo referir-se que a idade biológica, psicológica ou social, poderá ser bastante diferente da idade cronológica (Cancela, 2007 cit. Fontaine, 2000).

Deste modo, podemos considerar o envelhecimento é um «processo vital» que tem vindo a ganhar vitalidade nos últimos anos, ao passo que o conceito velhice aparece como um «estado definitivo», caracterizado pela ausência de futuro e de capacidades de transformação rumo ao bem-estar (Osório et al, 2007). Envelhecer é também um processo ligado “à forma como a sociedade encara os mais velhos, às expectativas e aos papéis que lhes são atribuídos na velhice”. (Lima,2010 citado por Carvalho, 2013 p.4) No que diz respeito à velhice, a língua portuguesa remete-nos para este significado sendo um estado do que é velho e remete-nos para a antiguidade e para uma idade avançada. Podemos dizer que é o estado do indivíduo com idade avançada que sofreu os resultados do processo de envelhecer. Segundo Lima (2010) citado por Carvalho (2013 p.5) “a velhice representa a última fase da vida e está associada à noção do velho e de pessoas idosas”. Costa (1998, p.26) também distingue envelhecimento e velhice referindo que “envelhecimento é um processo evolutivo, um ato contínuo, isto é, sem interrupção, que acontece a partir do nascimento do indivíduo até o momento de sua morte [...] é o processo constante de transformação. Velhice é o estado de ser velho, o produto do envelhecimento, o resultado do processo de envelhecer”. De acordo com Neri (2001, p. 69) “a velhice é a última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especializações cognitivas”. O envelhecimento psicológico, está relacionado com a diminuição e alteração de faculdades psíquicas, o que pode repercutir-se em dificuldades de adaptação a novos papéis, falta de motivação e dificuldade em planear o futuro, perdas orgânicas, afectivas e sociais, baixa auto-imagem e auto-estima e dificuldades de ajustamento a mudanças bruscas. A componente psicológica engloba as alterações cognitivas e os mecanismos de adaptação às alterações provindas do processo de envelhecimento. O envelhecimento não é medido pelo maior número de anos nem pelo colectivo de pessoas que atingem uma maior longevidade. É encarado como um acontecimento de alteração de atitudes e de mentalidades, resultante das relações que se estabelecem entre os grupos etários e as suas condições de vida (Osório et al, 2007). A psicologia entende o desenvolvimento humano assente numa estrutura que se constrói no interior de uma dialéctica progressiva de maturação, especialização e diferenciação através da interacção das dimensões biológica, psicológica e social do sujeito.

O envelhecimento é um processo dinâmico e complexo, com alterações a vários níveis, sendo as mais visíveis as alterações corporais que por sua vez têm repercussões

psicológicas que se traduzem na mudança de atitudes e comportamentos. O envelhecimento psicológico “*depende de factores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projecto de vida*” (Sequeira, 2010:23). Desta forma, entendemos que o envelhecimento é um processo que depende de vários factores e cada um de nós deve ser o sujeito activo de um envelhecimento bem-sucedido.

1.1 Envelhecimento bem-sucedido

O envelhecimento bem-sucedido é outra abordagem social acerca dos idosos, actualmente, posta na sociedade pelas interacções quotidianas entre os sujeitos, os meios de comunicação e as trocas conversacionais.

A expressão envelhecimento bem-sucedido está associada a uma mudança, pois considera velhice e envelhecimento não como sinónimos de doenças ou inactividade. Está vinculado a uma noção de que o indivíduo apresenta um potencial para desenvolvimento mantido pelo processo de envelhecimento, em que a multidimensionalidade, multicausalidade e heterogeneidade estão vinculadas. Tal conceito resgata, desta forma, os aspectos positivos da velhice.

De um modo geral, o envelhecimento está relacionado com o processo de envelhecer. Segundo Carvalho (2013, p.4) “*envelhecer significa sofrer os efeitos da passagem do tempo ou tornar-se velho, perder a juventude ou a actualidade, cair em desuso, amadurecer ou adquirir experiência*”. Desta forma, envelhecer remete-nos para a forma como envelhecemos, para a experiência de vida e para determinados contextos e processos que a determinam.

Importa também realçar o que é ser idoso, desta forma, “*o idoso é aquele indivíduo que tem “muita” idade. A definição de “muita” traz uma carga valorativa*”. Os valores que fazem referência a esse juízo dependem de características específicas do ambiente onde os indivíduos vivem. Logo, a definição de idoso não diz respeito a um indivíduo isolado, mas à sociedade como um todo. (Crispim, 2014 p.37)

Assumir que a idade cronológica é o critério universal de classificação para a categoria de idoso é correr o risco de afirmar que indivíduos de diferentes lugares e diferentes épocas são homogêneos (Camarano, 2004 citado por Crispim, 2014 p.38).

As pessoas idosas frequentemente ficam apreensivas com a possibilidade de perder a memória, a lucidez ou a capacidade mental.

No entanto, existem algumas diferenças entre um envelhecimento normal e um envelhecimento patológico, o envelhecimento normal (senescência) é um processo dinâmico e progressivo que envolve alterações físicas, psicológicas e sociais. Com conceito abarca também outras noções, como liberdade individual, privacidade, auto-regulação e independência moral. (Pelegrino,2009)

A dependência traduz-se na incapacidade para viver satisfatoriamente sem ajuda, seja por limitações físicas ou cognitivas, seja por uma combinação dessas duas condições.

No que diz respeito ao envelhecimento patológico (senilidade) este está relacionado a alterações originadas por enfermidades associadas ao envelhecimento em si, que, portanto, não se confundem com as mudanças normais desse processo. (Pelegrino,2009)

Baltes e Baltes (1990) foram os primeiros gerontólogos que consideraram que o envelhecimento pode ser uma fase de equilíbrio entre as perdas e os ganhos. Eles conceituaram o envelhecimento bem-sucedido como a capacidade do indivíduo resistir e alcançar o equilíbrio positivo entre as perdas e os ganhos no transcorrer do envelhecimento.

Kaup (2011) citado por Crispim (2014 p.54) refere que *“as definições de envelhecimento bem-sucedido variam muito, entre os seguintes aspectos: saúde física, saúde cognitiva, satisfação com a vida, bem-estar, produtividade e actividade social”*. Para estes pesquisadores, entretanto, a saúde cognitiva constitui a principal característica a ser levada em conta quando se fala em envelhecimento bem-sucedido.

Rowe (1987) citado por Crispim (2014 p.54) afirma que o *“envelhecimento bem-sucedido é multidimensional, caracterizando-o pela baixa probabilidade de doença e de incapacidade relacionada à doença, a alta capacidade de funcionamento cognitivo e físico e a interacção com a vida”*. Ou seja, depende de um estilo de vida mais saudável e de um prolongamento do envolvimento activo com a vida. O conceito de “envelhecimento bem-sucedido” também designado por “envelhecimento positivo” ou “envelhecimento com sucesso” surgiu em 1960 e definia então um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente (Fonseca, 2005). Porém, o envelhecimento bem-sucedido deve ser trabalhado desde cedo, não se deve esperar pura e simplesmente que a velhice chegue, é necessário trabalhar para que este vá ocorrendo de forma progressiva, devem deste modo ser trabalhadas as dimensões da saúde, bem

como a saúde mental, funcionamento cognitivo, hábitos alimentares, exercício físico, bem como as relações sociais que assumem extrema importância nesta fase da vida, “ (...) ignorando as circunstâncias sociais e ambientais envolventes, pelo que a este nível o sucesso é sempre uma medida para a qual concorrem factores históricos e contextuais” (Fonseca, 2005 p.283). De acordo com os autores “ (...) não há teoria, critério ou padrão, que seja consensualmente aceite como prescrição definitiva para se falar em sucesso na velhice”. (Baltes,1996 citado por Fonseca,2005 p.28). Apesar de várias perspectivas sobre o envelhecimento bem-sucedido é consensual que para o alcançar é fundamental não esperar simplesmente que este aconteça, para tal, é necessário traçar objectivos que nos mantenham activos. Contudo, existe uma série de factores sociais, económicos e culturais bem como questões relacionadas com a saúde que em muito concorrem para que se consiga atingir um envelhecimento bem-sucedido. No seu conjunto, poderemos dizer que as teorias de envelhecimento bem- sucedido vêem os indivíduos idosos como pró-activos, regulando a sua qualidade de vida pela definição de objectivos e lutando para os atingir, servindo-se para tal de recursos que são úteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade e evoluindo-se activamente na preservação do seu bem-estar (Fonseca, 2005). Contudo, envelhecer de forma bem-sucedida pressupõe saber lidar com as perdas que surgem à medida que se envelhece. Envelhecer satisfatoriamente depende, assim, do delicado equilíbrio entre os limites impostos pelos anos vividos e as capacidades/potencialidades do indivíduo. Tal relação irá possibilitar ao idoso lidar, com diferentes graus de sucesso, com as perdas características do envelhecimento (Fleck, 2008). De acordo com Baltes (1987) citado por Oliveira (2005) existem três grandes categorias de influências ou de factores determinantes para uma velhice bem-sucedida, são eles:

- Ψ Factores ligados ao grupo etário (relacionado com a idade cronológica ou biológica).
- Ψ Factores relacionados com o período histórico em que se vive e que se designa como “efeito corte”.
- Ψ Factores associados à história pessoal ou aos acontecimentos autobiográficos do indivíduo.

Destas três circunstâncias irá resultar uma velhice mais ou menos feliz ou infeliz, podendo em determinados momentos, pesar mais um ou outro factor. Todos nós podemos ter um papel activo na promoção do envelhecimento bem-sucedido, a psicologia da saúde tem um papel fundamental para essa promoção. Desta forma

podemos referir que um aspecto fundamental no campo dos contributos da psicologia na promoção do envelhecimento bem-sucedido é uma intervenção precoce ao nível da manutenção e promoção da saúde em etapas de vida anteriores. Outro aspecto refere-se à constituição de uma rede de intervenção multidisciplinar, esta intervenção concertada por parte de todos irá favorecer a aquisição de práticas de qualidade em vários contextos e serviços de apoio a pessoas idosas. (cf. Guiomar, 2010 p.11). De acordo com Bayle (2004) citado por Guiomar (2010:11) podem ser delineados vários eixos de trabalho, quer a nível individual, quer a nível colectivo, tais como:

- Ψ Promoção da saúde e prevenção de doenças, visando a modificação do comportamento das populações de forma a diminuir o envelhecimento patológico;
- Ψ A nível da saúde pública, tratar e prevenir problemas tais como hipertensão arterial, consumo de substâncias e promoção da actividade física;
- Ψ A nível psicológico é necessário sensibilizar a população, para a importância de se desenvolver um projecto de vida, de investir em tarefas e acções nos quais o individuo se sente bem-sucedido e promover o bem-estar pessoal e social através do estabelecimento ou manutenção de laços afectivos;
- Ψ A nível social, é necessário motivar o idoso para novas ocupações quer intelectuais, sociais, físicas, salientando o benefício da actividade física na saúde.

De acordo com Guiomar (2010 p.6) “*a promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade, melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade*”. Tendo em conta os determinantes comportamentais de um envelhecimento activo ao longo da vida, a adopção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do autocuidado parecem ser fundamentais para se viver com mais saúde e mais anos. Segundo Gomes e Oliveira, (2006) no decurso desta etapa, a pessoa é confrontada com os seus próprios desafios, sendo capaz de lhes responder de forma adaptada (o que resulta de um amadurecimento socio-emocional), ou pelo contrário, repetindo padrões de comportamento de forma desadequada, rígida e repetitiva. Nesta perspectiva, é importante desmistificar a imagem produzida sobre a existência de um padrão na velhice, desconstruindo a ideia de que este processo não tem necessariamente, que significar declínio. Actualmente, a concepção deste conceito, está a alterar-se,

mostrando que o geronte pode ser uma pessoa activa, com capacidade de integração aos novos tempos, o que inclui possibilidades ao nível da produção intelectual, da utilização de novos recursos e da participação social. Segundo a abordagem da OMS o envelhecimento activo pode ser definido como o “processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida” (WHO,2002:13) Este novo conceito, assente em três pilares e centrado em 2 objectivos surge na sequência do envelhecimento saudável e pretende ser mais abrangente, estendendo-se para além da saúde, a aspectos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados num modelo multidimensional que explica os resultados do envelhecimento. Deste modo, é entendido como mais consensual, no sentido que preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, com a manutenção da autonomia física, psicológica e social, para que os gerontes estejam integrados em sociedades seguras, assumindo uma cidadania plena. Tal como defende Fonseca (2005 p.281), a possibilidade de envelhecer com sucesso, numa perspectiva global, prende-se com a valorização dos seus aspectos psicológicos e sociais, sendo que tal *“não cai do céu, é preciso desejá-lo, planeá-lo e fazer um esforço para o alcançar”*. Neste sentido, considera-se que o compromisso activo dos gerontes com a vida, requer não só saúde mental, como estratégias de ajustamento às mudanças inerentes a esta etapa (Rowe & Kahn, 1998) mas sobretudo, solidariedade e cooperação entre as diferentes gerações, para uma melhoria da qualidade de vida. Por outro lado, o geronte com maior contacto social tende a ser socialmente mais competente, e possuir níveis mais elevados de qualidade de vida uma vez que, a sua participação num grupo permite uma reavaliação do sentido de identidade, do seu papel, do lugar que ocupam na sociedade e inclusivamente, na família, podendo consequentemente devolver-lhe a dignidade (Ascensão, 2011). São justamente, a dedicação aos netos, a integração em actividades de voluntariado, entre outros aspectos, que podem surgir como promotores destes benefícios, sendo através desta permuta de saberes, que se vai contribuir para quebrar o fosso existente entre pessoas jovens e mais velhas e simultaneamente, estimular a cognição, essencial para a manutenção de um *“estado de bem-estar em que o indivíduo implementa as suas capacidades, enfrenta o stress normal da vida, trabalha produtivamente e com sucesso, e é capaz de contribuir para a sua comunidade”* (WHO, 2001). Entende-se assim, que este conceito está associado ao bem-estar, qualidade de vida, capacidade de amar, trabalhar e relacionar-se com os outros.

Ao falarmos de envelhecimento bem-sucedido é inevitável referirmos a qualidade de vida, conceito multidimensional que engloba critérios objectivos e mensuráveis, como funcionamento fisiológico ou a manutenção das actividades de vida diária (Paúl,2005), bem como componentes subjectivos, comumente designados por satisfação de vida, que traduzem o balanço entre as expectativas e os objectivos alcançados (Aberg, 2005 citado por Goncalves,2006 p. 138). A OMS (1995), citado por Sampaio (2007) refere que apesar de não haver um significado consensual do conceito de qualidade de vida, existe entre os investigadores o consenso acerca de algumas características e subjectividade, tratando-se de considerar a percepção da pessoa sobre aspectos da sua vida, a avaliação de cada indivíduo sobre a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas com a qualidade de vida, só pode ser avaliada pela própria pessoa; a multidimensionalidade, é composta por diferentes dimensões (dimensão física é a percepção do indivíduo sobre a sua condição física; dimensão psicológica é a percepção do indivíduo sobre a sua condição afectiva e cognitiva; dimensão social é a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adoptados na vida; dimensão ambiental – a percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados com o ambiente onde vive). Neste âmbito, a pessoa idosa, passa a ser determinante nas opções e escolhas que vai realizando, para a sua própria vida. Isto porque, *“a abordagem do envelhecimento activo reconhece a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência, e auto-realização, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas”*. (Ribeiro, 2011 p.3). Acreditar na importância da atribuição de papéis sociais significativos, através de um envelhecimento activo, possibilita que estas comunidades demonstrem o seu desejo de participação e transmissão de conhecimentos, o que se torna fundamental para a manutenção da sua cognição, resgate da autonomia, cooperação entre as várias gerações e consecutiva ampliação de direitos. A valorização deste paradigma, é apoiada pela Comissão Europeia que tem como principal objectivo: *“agir e introduzir mudanças que permitam construir uma sociedade mais inclusiva para pessoas de todas as idades. Todavia, não basta querer. É necessário um esforço de colaboração contínuo que requer a participação de diversos intervenientes”* (European Union, 2012). No entanto, é importante perceber que tal pode não ser transversal a um grupo populacional, devido ao género e cultura ou implicar outros factores como: os determinantes sociais, económicos, pessoais e comportamentais, os próprios serviços sociais e de saúde e o ambiente físico (WHO, 2002). Neste sentido, as

perspectivas mais positivas relativas à saúde mental e ao envelhecimento activo e bem-sucedido, salientam a importância de se planearem e equacionarem respostas diversificadas, quer ao nível dos serviços de saúde, quer a nível dos serviços sociais e educativos, que promovam a autonomia, o bem-estar psicológico e a saúde desta população. (Fragoeiro, 2008). Embora se enfatize todo este conceito de envelhecimento bem-sucedido, é de extrema importância relacioná-lo com as funções cognitivas sendo estas também o foco da pesquisa. Tractenber (2009) citado por Ferreira (2011, p.20) refere que ao “longo do processo de envelhecimento as várias funções cognitivas vão sendo afectadas”. Cancela (2007) realça que as funções cognitivas são estáveis até aos 50/60 anos, depois começam a diminuir, agravando o seu declínio a partir dos 70 anos. Quando as funções cognitivas são afectadas, provocam alterações nas actividades instrumentais de vida diária, a diminuição destas funções contribui para a alteração das capacidades funcionais do indivíduo. (Ferreira, 2011). Deste modo, considera-se que o importante é envelhecer com qualidade, mantendo o equilíbrio do estado de saúde físico, psíquico e intelectual. A manutenção da capacidade cognitiva e o compromisso activo, surgem como duas das características mais fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido. (Rowe, 1998) Portanto, o envelhecimento bem-sucedido está associado a uma mudança e deve ser trabalhado desde cedo para que este vá ocorrendo de forma progressiva, sendo importante serem trabalhadas as dimensões da saúde, tais como, saúde mental, funções cognitivas, exercício físico e também as relações sociais que são importantes nesta fase da vida.

1.2 Envelhecimento e Memória

Envelhecer está normalmente associado ao declínio dos processos cognitivos, sendo comum nesta fase o aparecimento de queixas relacionadas com perdas de memória.

Um dos temas centrais na Psicologia do envelhecimento prende-se com a perda da flexibilidade cognitiva, perda da força física e resistência, perda de memória e outras habilidades cognitivas, perda de amigos, de parceiros e perda de saúde. Neste sentido, para que melhor se possa compreender o processo de envelhecimento, torna-se importante perceber qual a relação existente entre o envelhecimento e os processos cognitivos.

No que diz respeito à cognição este é o termo utilizado para descrever todo o funcionamento mental e que implica nas capacidades de pensar, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento, decidir, resolver problemas e enfim produzir respostas adaptativas às solicitações do ambiente. As habilidades cognitivas são influenciadas por características pessoais, como idade, nível de escolaridade, interesses, saúde, actividades que o indivíduo desenvolve, quantidade de estímulos a que é exposto, além de aspectos psicoemocionais e socioculturais (Vieira et al. 2002). Sabe-se que com o avançar da idade surgem várias alterações cognitivas que estão relacionadas com a diminuição da velocidade de processamento da informação, da memória de trabalho e de capacidades sensoriais, especialmente da visão e audição. De todas as alterações cognitivas, a mais fácil de prever é a diminuição da velocidade de processamento da informação e de resposta, que acaba por influenciar o desempenho na tarefa (Prata, 2010 cit in Banhato & Nascimento, 2007) No que diz respeito ao declínio cognitivo, que em muitos indivíduos ocorre depois dos 60 anos, trata-se de um declínio de natureza diferencial, que nos permite perceber que as pessoas mantêm selectivamente algumas capacidades, enquanto outras se deterioram, provavelmente resultado das doenças cardiovasculares, da educação e do nível ocupacional (Prata, et al 2010 cit in Schaie, 1992 cit. in Fonseca, 2005). O mesmo se verifica ao nível do funcionamento dos processos de aprendizagem e de memorização, que tende a diminuir, o que provavelmente está relacionado com as alterações químicas, neurológicas e circulatórias que afectam a função cerebral, bem como, com a diminuição da eficácia da oxigenação e nutrição celular (Prata, et al 2010 cit in Braver e Brach, 2002. cit. in Pereira, Freitas, Mendonça, Marçal, Souza, Noronha, Lessa, Melo, Gonçalves & Sholl-franco, 2004; Stuart- Hamilton, 2002). São diversos os factores que podem gerar declínio cognitivo, entre eles, o envelhecimento normal. Na literatura a cognição refere declínio significativo em funções como memória, atenção e função executiva. (Yassuda et. al 2011). As principais funções cognitivas são a atenção, função executiva e memória. A atenção é uma habilidade bastante sensível ao processo de envelhecimento. Dentro dos componentes da atenção, encontra-se a atenção sustentada, a atenção selectiva e a atenção dividida. A autora refere que algumas pesquisas evidenciam que os idosos são menos eficazes no seu sistema de busca mesmo em domínios de grande experiência. Estudos realizados com tarefas de atenção selectiva apresentaram resultados similares devido à maior dificuldade dos idosos em inibir o processo de estímulos irrelevantes.

Em tarefas de atenção dividida, os mais velhos apresentam um prejuízo maior no seu desempenho quando a segunda tarefa foi evidenciada. (Yassuda et. al 2011).

No que diz respeito à função cognitiva, este é um termo utilizado para denominar um conjunto de habilidades necessárias para o desempenho de comportamentos complexos. Segundo a autora (Yassuda et. al. 2011 p.2) *“o sistema executivo é um conjunto cognitivo hipotético que estaria envolvido no processamento de tarefas, como planeamento, organização, na flexibilidade mental, no processo abstracto, na inibição de acções impróprias e de informação sensorial irrelevante”*. Alteração nas funções executivas supõe comprometimentos dos lobos frontais ou desconexão com outras áreas cerebrais. Uma vez reduzida, a função executiva influencia a memória pois esta atua no armazenamento e na recordação de informações. Embora as dificuldades executivas não estejam limitadas às tarefas de memória, podem ser a causa principal de dificuldades mnemónicas experimentadas por pessoas idosas (Verhaeghen, 1997 citado por Yassuda et. al 2011). A literatura refere que memória é algo fundamental para que se possa aprender, perceber, falar, raciocinar e como tal, seria difícil conceber um ser humano que não possuísse esta capacidade cognitiva. Nesta linha de pensamento, Albuquerque (1998 p.10) define memória como a *“capacidade que alguns organismos têm de codificar, processar e recuperar informação”*. É através da memória que guardamos as nossas vivências, sejam elas simples ou complexas e levamos-nas connosco ao longo da nossa vida para somar com novas experiências para seleccionarmos novos momentos, para viver. Na perspectiva de Leanine (2005) a memória é umas das funções cognitivas mais importantes, esta está na base de todas as actividades cognitivas e é crucial para a compreensão de nós próprios, a construção da identidade e das relações com os outros e com o mundo que nos rodeia. Outro autor aborda a questão da memória no envelhecimento realçando que *“todos nós nos queixamos da falibilidade das nossas memórias e, à medida que envelhecemos, nos queixamos ainda mais”*. (Baddley, 2011 p.311)

2. Memória: Tipos e seus Modelos

De acordo com Jarros (2011) cit in Abreu et al (2010) a memória comporta processos complexos pelos quais o individuo codifica, armazena e regista informações. A codificação é responsável pelo processamento de informação que será armazenada, a armazenagem é o processo que envolve o fortalecimento das representações enquanto

elas estão sendo registadas e a sua reconstrução ao longo da sua utilização, a recuperação é o processo de lembrança da informação anteriormente armazenada.

Desta forma, a memória compreende um conjunto de habilidades medidas por diferentes módulos do sistema nervoso. Segundo Jarros (2011 p.30) cit in Mello et al (2006) “estes módulos podem ser dissociados, em termos, da natureza da informação processada e das suas regras intrínsecas de operação, que são distintas, porém funcionam de forma cooperativa e integrada, o que gera a sensação de um sistema único de memória”.

Existem vários tipos de memória que de forma sucinta serão aqui mencionadas, são elas:

- **Memória de curta duração:** esta memória refere-se à retenção temporária de pequenas quantidades de material sobre breves períodos de tempo. É também a capacidade de lembrar coisas ao longo de algumas horas ou dias, esta torna-se mais precária à medida que envelhecemos. Segundo Baddeley (2001 p.31) o termo memória de curta duração refere-se ao *“desempenho em um determinado tipo de tarefa, aquele que envolve a retenção simples de pequenas quantidades de informação”*.
- **Memória de Trabalho:** este conceito fundamenta-se na suposição de que existe um sistema para a manutenção e manipulação temporárias de informação. A maioria supõe que a memória de trabalho funciona como forma de espaço operacional mental, oferecendo uma base para ponderações. (Baddeley,2011)

Segundo o autor Baddeley (2011) existia um modelo denominado o modelo modal de Atkinson e Shiffrin (1968) que apesar de proposto como modelo de memória de trabalho, fundamentava-se na memória verbal de longa duração. Este modelo encontrou dificuldades tanto para explorar a pressuposição da transferência de informações para a memória de longa duração, por meio de uma simples repetição, razão pela qual os autores destes modelos diziam que os pacientes com uma memória de curta duração gravemente afectada não tinham problemas gerais de memória de trabalho.

A Memória de longa duração refere-se a um sistema ou sistemas que servem de base à capacidade de armazenar informação por longos períodos de tempo. (Baddeley 2011). Esta envolve alterações profundas e permanentes nas estruturas das conexões sinápticas,

dividindo-se em subsistemas diferentes, são elas memória explícita e memória implícita. Yassuda (2006, p.3) refere que a “*memória explícita ou memória declarativa, refere-se ao acesso consciente e ao conteúdo da informação que pode, portanto, ser descrita verbalmente*”, por sua vez, esta ainda se subdivide em memória episódica e semântica.

A memória episódica diz respeito à informação factual, conceitos e categorias, é um sistema que se supõe servir de base à capacidade de relembrar eventos específicos.

A memória semântica refere-se ao sistema que supõe armazenar conhecimento sobre o mundo (ex: a lembrança dos episódios ocorridos durante uma festa na infância). (Baddeley, 2011)

Outro subsistema da memória de longa duração é a memória implícita, segundo Yassuda (2006) esta manifesta-se por meio do desempenho, não havendo acesso consciente ao conteúdo da informação. Envolve por exemplo, andar de bicicleta, dactilografar ou usar um espelho, este tipo de aquisição aparentemente depende de atenção, no entanto passa-se a prescindir delas à medida que o processamento de informação se torna automático.

A Memória autobiográfica esta memória ajuda-nos a criar uma representação coerente de nós mesmos e das nossas vidas. Esta é uma memória que passa pelo ciclo de uma vida, tanto de eventos específicos quanto de informações autorrelacionadas. (Baddeley 2011). Esta pode também ser usada socialmente, como quando nos encontramos com velhos amigos, e operar no modo de resolução de problemas quando aprendemos a partir de experiências anteriores.

Ainda que se faça referência acerca dos vários tipos de memória, as memórias que vão estar presentes no foco do estudo será a memória prospectiva e memória retrospectiva.

2.1 Memória Prospectiva e Retrospectiva

No que diz respeito à memória prospectiva esta é a memória para intenções futuras e está presente em várias situações e situações do quotidiano, como por exemplo, tomar remédio de seis em seis horas ou lembrar-se de ligar a alguém num determinado dia.

De acordo com Benites (2006 p.16) a palavra prospectivo “*está relacionada a algo que é esperado, mas que ainda não aconteceu, significa lançar uma visão sobre o futuro na tentativa de olhar adiante e prever, gerando a expectativa de um acontecimento*”

O autor supra citado refere que há evidências de que a memória prospectiva requer uma componente de auto iniciação da lembrança ausente na memória retrospectiva, e essa

componente é mais dependente de controlo interno e susceptível ao envelhecimento. Segundo Baddeley (2011 p.363) *“a memória retrospectiva envolve a lembrança de eventos, palavras do passado, geralmente quando tentamos deliberadamente lembrar”*. Eysenet (2011, p.363) refere que *“as memórias prospectiva e retrospectiva diferem de diferentes modos, além das suas respectivas ênfases na orientação temporal para o futuro versus passado”* alertando que *“a memória retrospectiva geralmente envolve o lembrar do que sabemos sobre algo, podendo apresentar vastos conteúdos de informações (...) a memória prospectiva geralmente encontra-se quando devemos fazer algo, contendo um pequeno conteúdo de informações”*. Ainda que o autor Eysenet (2011) tenha referido que as memórias retrospectiva e prospectiva são bastante diferentes, posteriormente o autor realça que *“para o facto do mundo real, muitas vezes lembrar e esquecer tem a ver com a mistura das memórias prospectiva e retrospectiva”*. Benites (2006 p.18) cit in Einstein e McDaniel (1996) refere que estes autores formularam um modelo para a inter-relação entre memória prospectiva e retrospectiva, o qual foi corroborado numa pesquisa recente. Este modelo é denominado de *“reconhecendo e procurando”* explica que para se ter acesso à memória prospectiva, é *“necessário que uma pista prospectiva chame a atenção da pessoa, eleve o seu senso de familiaridade, e dê início a uma busca directa na memória pela resposta a ser realizada”*. Desta forma o autor supra citado refere que, os processos da memória prospectiva e retrospectiva seriam mutuamente necessários para o sucesso da lembrança prospectiva, uma vez que para a realização da intenção importa o conteúdo da acção, além do tempo em que é realizada.

Neste sentido o conteúdo da lembrança relaciona-se intrinsecamente aos processos de recuperação da memória retrospectiva, já o tempo de quando algo é lembrado, relaciona-se com a auto iniciação, fortemente vinculada à memória prospectiva. (Benites,2006)

A capacidade de reconhecer o momento de realizar a acção, ou seja, a capacidade de auto iniciar a intenção alvo, é frequentemente referida como elemento que diferencia as memórias prospectivas das memórias retrospectivas. (Benites,2006 cit. in McDaniel et al 2000)

Parte II – Estudo Empírico

3. Metodologia

Metodologia pode definir-se como “*a discussão epistemológica sobre o caminho do pensamento*” que o tema ou o objecto de investigação requer, como a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação e como a “*criatividade do pesquisador*”, ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações específicas. (Minayo 2007 citado por Gerhard 2009 p.13)

A presente investigação enquadra-se num estudo exploratório e transversal, de cariz quantitativo. Iniciou-se através de uma pesquisa e análise bibliográfica interdisciplinar sobre, envelhecimento bem-sucedido e a memória, de forma, a ser abordada e fundamentada, passando-se de seguida a um estudo empírico. Estava subjacente a possibilidade de face aos resultados encontrados organizar uma proposta de intervenção para os idosos estudados.

3.1 Tipo de Estudo

Com base na problemática de queixas de memória prospectiva e retrospectiva em pessoas idosas e envelhecimento bem-sucedido optou-se por desenvolver um estudo exploratório e transversal utilizando uma amostra por conveniência dado que este tipo de pesquisa tem como objectivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torna-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria destas pesquisas envolve: levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. (Gil,2007 citado por Gerhardt,2009 p. 35)

O estudo foi preconizado num paradigma quantitativo. Na pesquisa quantitativa há uma análise de dados em que a matemática é a linguagem utilizada para a interpretação dos resultados obtidos para fazer a correlação da realidade empírica com a teoria que sustenta o estudo. Estas pesquisas actuam em níveis de realidade, onde os dados se apresentam aos sentidos observáveis. Estes estudos quantitativos precisam atender a

critérios de cientificidade, tais como, validade, confiabilidade, generalização e transferibilidade dos resultados. (Silva,2010)

Este trabalho de investigação tem por base uma metodologia para a acção, esta visa a realização de uma proposta de projecto de intervenção comunitária, que possa responder as necessidades identificadas.

3.2 Objectivos de Estudo

O objectivo do estudo visa “ (...) *a finalidade geral a que nos propomos (...) o quadro teórico e/ou pragmático, no qual os resultados obtidos serão utilizados*”. (Bardin, 2009 p.92). A investigação em geral caracteriza-se por utilizar os conceitos, as teorias, a linguagem, as técnicas e os instrumentos com a finalidade de dar resposta aos problemas e interrogações que se levantam nos mais diversos âmbitos de trabalho. Tendo por base a metodologia de investigação-acção podemos afirmar que a esta é uma metodologia de investigação orientada para a melhoria da prática nos diversos campos da acção. Esta metodologia orienta-se à melhoria das práticas mediante a mudança e a aprendizagem a partir das consequências dessas mudanças. No presente estudo apenas se investiga para posteriormente propormos uma intervenção.

O objectivo geral que orienta esta investigação pretende-se por compreender se existe relação entre envelhecimento bem-sucedido e as queixas de memória prospectiva e retrospectiva em pessoas idosas. Como objectivos específicos pretende-se:

- Avaliar a memória prospectiva e retrospectiva dos idosos;
- Caracterizar o envelhecimento bem-sucedido;
- Avaliar a relação entre a escolaridade, estatuto socioeconómico, género e a queixas de memória.

Para tal, recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência. De acordo com a abordagem de Sousa e Baptista (2011 p.77), a amostragem por conveniência ocorre quando “ (...) *os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência.*”. Optou-se por este tipo de amostra, devido à facilidade de acesso ao terreno da mestrandia para com esta população e à disponibilidade e interesse que os participantes demonstraram em colaborar como parte activa no estudo, após a solicitação de autorização para realização da mesma junto da Câmara Municipal de Moura (Apêndice I) a qual respondeu positivamente (Anexo I)

3.3 Caracterização do Local de Estudo

Moura integra a região do Alentejo e a sub-região do Baixo Alentejo. Faz fronteira com Espanha, a sudeste, e com os concelhos de Mourão, a nordeste, Barrancos, a este, Serpa, a sudoeste, Vidigueira, a oeste, e Portel e Reguengos de Monsaraz, a noroeste pela albufeira de Alqueva.

Os acessos ao concelho são assegurados pela ER255, na ligação a Portel e a Reguengos de Monsaraz, e daí ao IP2, pela ER258, na ligação à Vidigueira, e daí ao IP2 e a Beja, pela EN255, na ligação a Serpa, e daí ao IP8 e a Beja, e pelas EN255-1 e ER385, na ligação a Vila Verde de Ficalho, e daí ao IP8 e à fronteira.

O território concelhio tem uma área de 958 km² e, de acordo com os Censos 2011 do INE, uma população residente de 15.167 habitantes, o que corresponde a uma densidade populacional de 16 habitantes por km², inferior à média regional de 24 habitantes por km².

O concelho de Moura acompanha a tendência regional de decréscimo da população. Na última década assistiu-se a uma perda de 1.423 habitantes, e se recuarmos até à década de 1950, a perda foi de 15.417 habitantes, ou seja, mais de metade da população.

No que se refere à estrutura etária, percebemos que, no concelho de Moura, existem percentagens elevadas de idosos entre os 65 e os 74 anos (11%) e com 75 e mais anos (10,7%), valores superiores comparativamente aos nacionais (9,6 % e 7,8% respectivamente) e ligeiramente inferiores à média dos concelhos da PSCBA (12,4% e 11,3% respectivamente). (Plano de Desenvolvimento Social, 2011)

3.4 Participantes

Foram considerados sujeitos participantes para este estudo, idosos que integram um projecto da Câmara Municipal de Moura, intitulado “Actividade Física Sénior”. Este caracteriza-se por ser um programa de promoção da actividade física, do exercício e da saúde com o objectivo de proporcionar actividades regulares e pontuais com o intuito de enriquecer o estilo de vida, bem como ocasionar a melhoria da qualidade de vida das populações.

O estudo conta com a participação de 100 idosos em sua maioria os participantes pertenciam ao sexo feminino (90% mulheres e 10% homens), eram casados (58%) e alfabetizados (91%).

Os critérios de inclusão que foram adoptados, foram estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, que caracteriza como idosa a pessoa com 65 anos, para os países desenvolvidos, como é o caso do Portugal. Desse modo, para integrarem o presente estudo, os participantes tinham que ser idosos e, além disso, deviam ter a capacidade de responder aos instrumentos, verbalmente ou por escrito.

Seriam excluídos da amostra os participantes com diagnóstico de demência ou que pontuem um valor menor ou igual a 24 pontos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM; Folstein, Folstein & McHugh, 1975) ou que apresentassem sintomatologia depressiva com pontuação > 7 na Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Ribeiro, 2007).

3.5 Instrumentos

Foram aplicados aos sujeitos participantes do estudo os instrumentos, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Envelhecimento Bem-sucedido, Questionário Sociodemográfico, Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva e a Escala de Ansiedade e Depressão que descrevemos de seguida.

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O MEEM (Anexo II) é uma escala de alta fiabilidade tanto em inglês como em português. A validação foi originalmente executada com grupos psiquiátricos idosos e grupos não psiquiátricos de controlo da mesma comunidade. Este instrumento tem sido clinicamente usado para detecção e acompanhamento da evolução de alterações cognitivas (Matos, 2011 cit in Valle, Castro-Costa, Firmo, Uchoa e Lima-Costa, 2009).

A escala é composta por “11 itens que avaliam as seguintes capacidades cognitivas: orientação espacial e temporal (habilidade de situar-se correctamente no tempo e no espaço onde se encontra), retenção (memória a curto prazo, consolidação de informações novas), atenção e cálculo (a capacidade de atingir um grau de concentração para responder a perguntas de cálculos, memória operacional é o sistema de controle de atenção), evocação (a capacidade de ir buscar informação à memória, consiste um esforço intelectual), linguagem (memória semântica, conhecimento geral sobre o mundo, dos fatos, das palavras, sem relação com o

momento do seu aprendizado) e habilidade construtiva (operação cognitiva da percepção, como a informação está a ser registada)”. (Matos,2011 p.22)

A pontuação mínima é de 0 e a máxima de 30, correspondendo o valor máximo ao melhor desempenho na prova, ou seja, ausência de deterioração cognitiva.

Inicialmente sugeriu-se uma classificação igual ou inferior a 23 pontos correctos como o ponto de corte para a despistagem de alterações nas funções cognitivas. Entretanto, estudos revelaram que pessoas com baixa escolaridade não podiam ser comparadas com indivíduos com escolaridade mais elevada (Spar e La Rue, 2005). Assim, através de um inquérito epidemiológico a mais de 18 000 pessoas nos EUA foram determinados a mediana e percentil para diversos grupos etários e níveis de escolaridade. Considera-se, então, défice cognitivo em analfabetos com um total de 15 pontos ou menos, 1 a 11 anos de escolaridade com um total de 22 pontos ou menos e escolaridade superior a 11 anos com o ponto de corte de 27 pontos. (Matos,2011 p.23)

Esta escala foi escolhida uma vez que a sua aplicação demora pouco tempo, e é eficaz na sua detecção caso haja deterioração cognitiva.

Escala de Envelhecimento bem-sucedido (SAS)

A escala Successful Aging Scale – SAS (Anexo III), desenvolvida por Gary T. Reker (2009), tem como objectivo medir a percepção de envelhecimento bem-sucedido dos idosos. A SAS foi escolhida por possuir os quatro modelos de envelhecimento bem-sucedido, dos seguintes autores: Rowe e Kahn (1997), Ryff (1989), Schulz e Heckhausen (1996) e Baltes e Baltes (1990). Tais modelos trazem consigo uma teoria multidimensional do envelhecimento bem-sucedido, que serviu de suporte teórico do presente estudo.

A escala é uma escala ordinal do tipo Likert com sete alternativas de resposta (de “1” a “7”) entre “concordo fortemente” e “discordo fortemente”. É constituída por 14 itens, os quais se organizam em 2 dimensões, de acordo com Crispim, 2014 p. 106 refere:

“Na escala original, a SAS possui três dimensões: (a) Hábitos de Vida Saudáveis (itens 1, 7, 8 e 13), com um \pm de 0,72; (b) Enfrentamento Adaptativo (itens 2, 3, 12, 14), com um \pm de 0,73; e (c) Compromisso com a Vida (itens 10, 4, 5, 6 e 9), com um \pm de 0,75. A confiabilidade da SAS é de 0,84.”

Na versão brasileira, a referida escala após ter sido adaptada e validada teve uma confiabilidade de 0,78. (Crispim, 2014 p.106) O facto desta escala estar validada em

português do brasil permitiu que fosse utilizada neste estudo após ter sido verificado a sua confiabilidade, que obteve um valor de 0.87. Ainda que tenha sido utilizada a escala da versão brasileira pedimos autorização autor da escala original a sua utilização (Anexo IV).

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico, anexado aos instrumentos de pesquisa, é composto por questões estruturadas, de múltipla escolha, que visam obter informações relativas ao perfil dos participantes. Essas informações se referem a: data de nascimento; sexo; estado civil; quantidade de filhos; escolaridade; renda familiar; habitação; actividades profissionais; remuneração económica; memória; prática de actividade física; relação com a vida; e ocupação no tempo livre. (Apêndice II).

Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva (PRMQ)

O questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva (Anexo V) contém 16 itens referentes às falhas quotidianas de memória, sendo oito de memória prospectiva e oito de memória retrospectiva.

Cada item é seguido de uma escala de Likert de cinco pontos: (1) nunca; (2) raramente; (3) algumas vezes; (4) frequentemente e (5) quase sempre.

A pontuação máxima é de 80 pontos e reflecte um alto índice de auto-relato de falhas de memória. A pontuação mínima é de 16 pontos e corresponde a um baixo índice de auto-relato de falhas de memória. (Benites, 2007)

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

Esta escala apresenta 14 itens, com 4 opções de resposta, cotadas de 0 a 3; se os valores totais em cada subescala forem superiores a 8 e inferiores a 10 requerem avaliação para confirmação de estado depressivo e, para valores superiores a 11 requerem intervenção e seguimento.

Para a utilização da escala foi solicitada autorização ao autor que respondeu positivamente. (Anexo VII)

3.6 Procedimento

Todo o procedimento investigativo contemplou uma logística sequencial das acções.

Numa primeira fase recorreu-se à pesquisa e análise bibliográfica e documental, de acordo com Gil (1987 p.43), a pesquisa consiste no “*processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico*”. Recorreu-se à pesquisa documental, como método de recolha e de verificação de dados que permitiu aceder a fontes importantes, escritas ou não, podendo a partir destas, gerar-se material empírico novo (cf. Saint-Georges, 1997). Após realizar uma revisão bibliográfica, seleccionaram-se as obras que se entenderam com maior riqueza de informações, dissecando-se alguns autores que se dedicaram a esta área, e delineando-se o enquadramento teórico.

A pesquisa bibliográfica, constituída sobretudo, por livros e artigos de cariz científico, foi desenvolvida a partir de material já elaborado. Neste sentido, consultaram-se contributos de vários autores sobre o assunto que se pretendia estudar, facultando uma análise crítica e reflexiva. Esta pesquisa, teve a vantagem de “*permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenómenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar directamente*”. (Gil, 1987 p.71).

Neste processo, o investigador teve a necessidade de “*apropriar factos estranhos à primeira vista, eliminar outros que não se mostrem significativos no decorrer da análise, até chegar a uma proposição estrutural que permita a compreensão e a explicitação de um conjunto coerente de factos*” (Baptista, 2001 p.59).

Antes da aplicação de qualquer instrumento de recolha de dados foi solicitada a respectiva autorização por parte da Câmara Municipal de Moura, pois estes participantes integram um projecto da entidade, esta respondeu positivamente.

O local para aplicação dos instrumentos foi nos diversos locais onde os participantes costumam fazer a sua prática de actividade física, esta aplicação foi feita de forma individual e foram consideradas e respeitadas as questões éticas. Todos os participantes foram convidados a participar na pesquisa sendo explicado todo o procedimento do estudo e assinando um termo de consentimento livre e esclarecimento (Apêndice III).

Após seleccionados os instrumentos de recolha de dados procedeu-se à análise da consistência interna das escalas utilizadas (Apêndice IV) e obtivemos os seguintes resultados: a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido é uma escala ordinal do tipo Likert com sete alternativas de resposta (de “1” a “7”) entre “discordo fortemente” e

“concordo fortemente”. É constituída por 14 itens, os quais se organizam em 2 dimensões: (a) estilo de vida saudável e (b) compromisso com a vida. O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar que as 14 variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: Envelhecimento bem-sucedido, desta forma a Escala de Envelhecimento bem-sucedido pode ser perfeitamente medida pelos 14 itens que a integram.

Relativamente à análise da consistência interna do Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva (PRMQ) esta é uma escala ordinal do tipo Likert com sete alternativas de resposta (de “0” a “4”) entre “nunca” e “muito Frequentemente”. É constituída por 16 itens, os quais se organizam em 2 dimensões: prospectiva e retrospectiva, o valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar que as 14 variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: Escala de Memória PRMQ Total, desta forma A Escala de Memória PRMQ Total pode ser perfeitamente medida pelos 16 itens que a integram.

No que diz respeito à Análise da Consistência Interna da Escala de ansiedade e depressão (EAD) esta é uma escala ordinal do tipo Likert com cinco alternativas de resposta (de “1” a “4”). É constituída por 14 itens, os quais se organizam em duas dimensões: Ansiedade e Depressão, o valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,70, pelo que podemos considerar que as 14 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: a Ansiedade e a Depressão, desta forma, Esta escala EAD é aceitável para medir a Ansiedade e a Depressão nesta amostra.

3.7 Técnicas de Análises de dados

3.7.1 Análise quantitativa

Relativamente aos dados estatísticos obtidos através da aplicação dos inquéritos por questionário, aos sujeitos participantes do estudo, foram tratados a partir do Programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 22 para o Windows.

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificadas.

As variáveis medidas em escala de Likert foram analisadas através das categorias apresentadas, enquanto que as variáveis quantitativas foram analisadas a partir dos valores medidos, apresentando-se alguns dados relevantes, abordados por Guimarães e Sarsfield Cabral (2010), como:

- ✓ Os valores médios obtidos para cada questão (para as questões numa escala de 1 a 7, um valor superior a 4 é superior à média da escala).
- ✓ Os valores do desvio padrão associados a cada questão que representam a dispersão absoluta de respostas perante cada questão.
- ✓ O coeficiente de variação, que ilustra a dispersão relativa das respostas: quanto maior, maior é a dispersão de respostas.
- ✓ Os valores mínimos e máximos observados.
- ✓ Gráficos ilustrativos dos valores médios das respostas dadas às várias questões.

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem, de acordo com Anastasis (1951) e DeVellis (1991). O procedimento utilizado calcula medidas de consistência interna da escala e também fornece informação sobre as relações entre itens individuais numa escala.

O Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951) é um modelo de consistência interna, baseado na correlação inter-item, sendo o modelo mais utilizado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas:

O Alfa de Cronbach mede a fidelidade ou consistência interna de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2002). Quando os dados tiverem uma estrutura multidimensional, o alfa de Cronbach será baixo. Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão.

Note-se que um coeficiente de consistência interna de 0.80 ou mais é considerado como "bom" na maioria das aplicações de Ciências Sociais e um coeficiente de consistência interna entre 0.70 e 0.80 é considerado como aceitável. Em alguns estudos admitem-se valores de consistência interna de 0,60 a 0,70, o que segundo a literatura é “fraco”. Estes valores são referidos, por exemplo, por Muñiz (2003), Muñiz et al. (2005) e Nunnally (1978).

Quando existem missing values, os elementos da amostra correspondentes são excluídos dos cálculos efetuados para o Alfa de Cronbach.

A utilização do teste paramétrico t de Student é abordada por Maroco (2011, p. 199-204) e do teste não paramétrico de Mann-Whitney encontra-se também em Maroco (2011, p. 307-316). A análise dos pressupostos que permitem escolher entre a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos pode ainda ser encontrada em Maroco (2011, p. 185-195).

Os testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população.

O valor de 5% é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas duas classes de uma variável qualitativa nominal dicotómica pode utilizar-se o teste paramétrico t de Student, por forma a verificar a significância das diferenças entre os valores médios observadas para ambos os grupos da variável nominal dicotómica.

No entanto, para aplicar um teste estatístico paramétrico como este, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que foi realizado com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors), que coloca a hipótese nula da variável seguir uma distribuição normal, pois para aplicar os testes estatísticos paramétricos é necessário verificar este pressuposto.

O teste K-S coloca as seguintes hipóteses:

H0: A variável segue uma distribuição normal para ambas as classes da variável qualitativa.

H1: A variável não segue uma distribuição normal para ambas as classes da variável qualitativa.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico, tem que verificar-se H0 para ambas as classes da variável qualitativa, o que não se verifica para o caso das escalas e dimensões em estudo, pelo que o teste paramétrico deve ser substituído pelo teste não paramétrico equivalente: o teste de Mann-Whitney, que coloca as seguintes hipóteses:

- ✓ H0: Não existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis, para cada um dos grupos da variável dicotómica.
- ✓ H1: Existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis, para os grupos da variável dicotómica.

O valor que importa analisar é o valor de prova. Quando este valor é inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existem diferenças entre os dois grupos. Quando é superior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese nula.

A utilização do teste paramétrico ANOVA é abordada por Maroco (2011, p. 205-257) e do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis encontra-se também em Maroco (2011, p.

317-330). A análise dos pressupostos que permitem escolher entre a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos pode ser encontrada em Maroco (2011, p. 185-195).

Para realizar o estudo da relação entre uma variável qualitativa e variáveis quantitativas, estas podem ser determinadas pelos valores médios obtidos para cada classe da variável qualitativa, sendo o teste paramétrico de hipóteses adequado a ANOVA, quando se cumpre o pressuposto da normalidade ou para amostras de grande dimensão.

Tal como anteriormente para o teste t, para aplicar um teste estatístico paramétrico, foi necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S. Como não se verificou o pressuposto, o teste paramétrico terá de ser substituído pelo teste não paramétrico equivalente: teste de Kruskal-Wallis, que testa as seguintes hipóteses:

- ✓ H0: A variável quantitativa apresenta uma distribuição idêntica para as categorias das variáveis qualitativas.
- ✓ H1: A variável quantitativa não apresenta uma distribuição idêntica para todas as categorias das variáveis qualitativas.

Quando o valor de prova é superior ao valor de referência de 5%, não se rejeita a hipótese nula, caso contrário rejeita-se e aceita-se a hipótese alternativa.

A utilização do teste do qui-quadrado é abordada por Maroco (2011, p. 105-107).

Perante duas variáveis nominais ou uma variável nominal e outra ordinal, o teste adequado para verificar a relação entre cada par de variáveis é o Qui-quadrado, em que temos as hipóteses:

- ✓ H0: As duas variáveis são independentes, ou seja, não existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias da outra;
- ✓ H1: As duas variáveis apresentam uma relação entre si, ou seja, existe relação entre as categorias de uma variável e as categorias da outra;

Quando o valor de prova for inferior a 5% (0,05), rejeita-se a hipótese nula, concluindo-se que as duas variáveis estão relacionadas. Quando o valor de prova do teste for superior ao valor de referência de 5%, não podemos rejeitar a hipótese nula, de que as duas variáveis são independentes, ou seja, conclui-se que elas não estão relacionadas.

A análise de associação, através do coeficiente de Pearson é explicada por Maroco (2011, p. 22-26).

Quando as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas, como as resultantes da construção de escalas, podem ser analisadas utilizando o coeficiente de

correlação de Pearson R, que é uma medida da associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos, tanto maior é a associação entre as variáveis.

Para que se possa aplicar um teste paramétrico e também o coeficiente de correlação de Pearson R, tem que verificar-se a normalidade das distribuições para todas as variáveis relacionadas. Quando tal não se verifica, a análise através dos coeficientes de correlação de Pearson não é válida. Assim sendo, deve utilizar-se o coeficiente de correlação de Spearman, que não é sensível a assimetrias de distribuição e não exige a normalidade da distribuição dos dados.

4. Apresentação de Resultados

De seguida apresentamos os resultados do presente estudo após análise e tratamento de dados.

4.1 Resultados do Questionário Sociodemográfico

4.1.1. Caracterização dos participantes face à idade, género, naturalidade, estado civil, número de filhos, escolaridade e remuneração económica

A amostra é constituída por 100 idosos.

Tabela I Idade

	Frequência	Percentagem
65-69 anos	53	53,0
70-74 anos	27	27,0
75-79 anos	16	16,0
80 anos ou mais	4	4,0
Total	100	100,0

A idade foi recodificada, de acordo com os seguintes valores: 65-69 anos; 70-74 anos; 75-79 anos; 80 anos ou mais.

Na amostra, 53% têm 65-69 anos, 27% têm 70-74 anos, 16% têm 75-79 anos e 4% têm 80 anos ou mais.

Tabela II Género

	Frequência	Percentagem
Masculino	10	10,0
Feminino	90	90,0
Total	100	100,0

Na amostra, 90% são do género feminino e 10% do género masculino.

Tabela III Naturalidade

	Frequência	Percentagem
Safara	12	12,0
Póvoa São Miguel	6	6,0
Amareleja	13	13,0
Sobral	8	8,0
St. Amador	9	9,0
St. Aleixo da Restauração	17	17,0
Moura	35	35,0
Total	100	100,0

Na amostra, 35% são naturais de Moura, 17% são naturais de St. Aleixo da Restauração, 13% são de Amareleja, 12% são de Safara, 9% são de St. Amador, 8% são de Sobral e 6% são de Póvoa de S. Miguel.

Tabela IV Estado Civil

	Frequência	Percentagem
Solteiro/a	2	2,0
Casado/a	58	58,0
Viúvo/a	30	30,0
Divorciado/a ; Separado/a	10	10,0
Total	100	100,0

Na amostra, 58% são casados, 30% são viúvos, 10% são divorciados ou separados e 2% são solteiros.

Tabela V Quantos filhos você tem?

	Frequência	Percentagem
Nenhum	9	9,0
Um filho	15	15,0
Dois filhos	47	47,0
Três filhos	25	25,0
Quatro filhos	2	2,0
Cinco filhos	1	1,0
Mais de cinco filhos	1	1,0
Total	100	100,0

Na amostra, 9% não têm filhos, 15% têm um filho, 47% têm dois filhos, 25% têm três filhos, 2% têm quatro filhos, 1% (um elemento) tem cinco filhos e também 1% (um elemento) tem mais de cinco filhos.

Tabela VI Escolaridade

	Frequência	Percentagem
Não sou alfabetizado	9	9,0
Primeiro ciclo do ensino básico	61	61,0
Segundo ciclo	20	20,0
Ensino secundário	8	8,0
Ensino Superior	2	2,0
Total	100	100,0

Na amostra, 9% não são alfabetizados, 61% têm o primeiro ciclo, 20% têm o segundo ciclo, 8% têm o ensino secundário e 2% têm ensino superior.

Tabela VII A remuneração económica é aproximadamente

	Frequência	Percentagem
Até um salário mínimo (505 €)	85	85,0
Até dois salários mínimos	13	13,0
De três a quatro salários mínimos	2	2,0
Total	100	100,0

Na amostra, 85% recebem até um salário mínimo, 13% até dois salários mínimos e 2% de três a quatro salários mínimos.

4.1.2. Caracterização da população sobre a actividade física e a memória

Tabela VIII Faz actividade física regularmente?

	Frequência	Percentagem
Uma vez por semana	3	3,0
Duas vezes por semana	96	96,0
Três vezes por semana	1	1,0
Total	100	100,0

Na amostra, 96% faz actividade física duas vezes por semana, 3% fazem actividade física uma vez por semana e 1% (um elemento) faz actividade física três vezes por semana.

Tabela IX Alguém perto de você (família/amigos) pensa que você tem uma memória fraca?

	Frequência	Porcentagem
Nunca	24	24,0
Raramente	30	30,0
Às vezes	31	31,0
Frequentemente	11	11,0
Muito Frequentemente	4	4,0
Total	100	100,0

Na amostra, 24% respondem nunca, 30% respondem raramente, 31% respondem às vezes, 11% respondem frequentemente e 4% respondem muito frequentemente.

Tabela X Como é que vê a sua memória hoje?

	Frequência	Porcentagem
Fraca	8	8,0
Regular	43	43,0
Boa	39	39,0
Muito boa	6	6,0
Excelente	4	4,0
Total	100	100,0

Na amostra, 8% respondem fraca, 43% respondem regular, 39% respondem boa, 6% respondem muito boa e 4% respondem excelente.

A presença das queixas são avaliadas com o item “Como é que vê a sua memória hoje? (Q11QSD). Para isso fizemos a seguinte proposta de estratificação: Valores 1,2 definem os idosos com queixas de memória, valores 3,4,5, definem os idosos sem queixas.

Tabela XI Queixas de Memória: Ausência vs Presença

	Frequência	Porcentagem
Ausência de QM	49	49,0
Presença de QM	51	51,0
Total	100	100,0

Na amostra, 49% referem ter ausência de queixas de memória e 51% respondem ter queixas de memória.

Tabela XII Como é que vê a sua memória hoje, comparando com cinco anos atrás?

	Frequência	Percentagem
Muito Pior	11	11,0
Um pouco pior	41	41,0
Mais ou menos igual	43	43,0
Um pouco melhor	5	5,0
Total	100	100,0

Na amostra, 11% respondem muito pior, 41% respondem um pouco pior, 43% respondem mais ou menos igual e 5% respondem um pouco melhor.

Tabela XIII Como é que você classificaria a sua própria memória, em comparação com a dos outros da sua idade?

	Frequência	Percentagem
Muito Pior	1	1,0
Um pouco pior	12	12,0
Mais ou menos igual	61	61,0
Um pouco melhor	14	14,0
Muito melhor	12	12,0
Total	100	100,0

Na amostra, 1% (um elemento) responde muito pior, 12% respondem um pouco pior, 61% respondem mais ou menos igual, 14% respondem um pouco melhor e 12% respondem muito melhor.

Tabela XIV Você acha que a sua memória tem interferido e dificultado as suas actividades diárias, em comparação com cinco anos atrás?

	Frequência	Percentagem
Não	68	68,0
Sim	32	32,0
Total	100	100,0

Na amostra, 32% consideram que a memória tem interferido e dificultado as actividades diárias, em comparação com cinco anos atrás.

Tabela XV Se sim, quanto?

	Frequência	Porcentagem
Raramente	3	9,4
Às vezes	25	78,1
Frequentemente	3	9,4
Muito Frequentemente	1	3,1
Total	32	100,0

Na amostra, para os elementos que consideram que a memória tem interferido e dificultado as actividades diárias, 10% dizem que é raramente, 78% que sucede às vezes, 9% que acontece frequentemente e 3% (um elemento) que acontece muito frequentemente.

Tabela XVI Você acha que a sua memória tem causado problemas em sua vida familiar, em comparação com cinco anos atrás?

	Frequência	Porcentagem
Não	84	84,0
Sim	16	16,0
Total	100	100,0

Na amostra, 16% consideram que a memória tem causado problemas na sua vida familiar, em comparação com cinco anos atrás

Tabela XVII Se sim, quanto?

	Frequência	Porcentagem
Raramente	4	25,0
Às vezes	12	75,0
Total	16	100,0

Na amostra, para os elementos que consideram que a memória tem causado problemas na sua vida familiar, 25% dizem que é raramente e 75% que sucede às vezes.

Em síntese, foram sujeitos participantes do presente estudo 100 idosos com idades entre os 65 anos e os 80 anos ou mais.

Na sua maioria os participantes têm entre os 65 e 69 anos de idade, são do género feminino e residem em Moura. No que diz respeito ao estado civil, número de filhos, escolaridade e remuneração económica, os participantes na sua maioria são casados, têm dois filhos e têm o primeiro ciclo do ensino básico e a sua remuneração económica não ultrapassa o salário mínimo.

Relativamente à caracterização da população sobre a actividade física e memória, na sua grande maioria os participantes praticam actividade física pelo menos duas vezes por semana, referem que raramente alguém do seu meio familiar pensa que o participante tem a memória fraca, considerando na sua maioria terem uma memória regular.

No entanto, em comparação com a sua memória à cinco anos atrás, os participantes na sua grande maioria consideram estar um pouco pior, e outros consideram que está mais ou menos igual a outros da sua idade.

Alguns participantes consideram que a memória tem interferido e dificultado as suas actividades de vida diárias ainda que por vezes, no entanto, na sua maioria consideram não afectar. Na sua vida familiar na sua maioria consideram que a memória não tem causado problemas, no entanto, alguns participantes consideram que a memória tem causado alguns problemas na sua vida familiar.

4.2 Estado Mental, Ansiedade e Depressão

De seguida, serão apresentados os resultados das escalas de Mini Exame do Estado Mental e da Escala de Ansiedade e Depressão que permitiram que os participantes do presente estudo pudessem integrar o mesmo.

4.2.1 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Como tinha sido referido anteriormente, considera-se défice cognitivo em analfabetos com um total de 15 pontos ou menos, 1 a 11 anos de escolaridade com um total de 22 pontos ou menos e escolaridade superior a 11 anos com o ponto de corte de 27 pontos. (Matos, 2011 p.23)

Para a escala e para cada uma das suas dimensões, os seus valores foram determinadas a partir do cálculo da soma dos itens que as constituem.

Tabela XVIII Estatísticas - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mín.	Máx.	Ponto Mín.	Ponto Méd.	Ponto Máx.
MEEM	100	26,51	3,04	11%	17	30	0	15	30

A escala do Mini Exame do Estado Mental, apresenta um valor médio muito próximo do valor máximo das escalas de medida, portanto, em média, a escala apresenta valores bastante elevados. Este resultado permitiu saber que os idosos não apresentavam declínio cognitivo pelo que foram todos considerados participantes no presente estudo.

4.2.2 Escala de ansiedade e depressão (EAD)

Para cada uma das dimensões, os seus valores foram determinadas a partir do cálculo da soma dos itens que as constituem.

Tabela XIX Estatísticas - Escala de ansiedade e depressão (EAD)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mín.	Máx.	Ponto Mín.	Ponto Méd.	Ponto Máx.
Ansiedade	100	9,95	3,88	39%	0	20	0	10,5	21
Depressão	100	5,46	3,26	60%	0	15	0	10,5	21

A dimensão Ansiedade apresenta um valor médio próximo do ponto intermédio da escala de medida, a dimensão Depressão apresenta um valor médio inferior ao ponto intermédio da escala de medida, portanto, em média, podemos verificar que a Ansiedade apresenta um valor intermédio e que a Depressão apresenta um valor reduzido. Desta forma, podemos observar que os idosos participantes do presente estudo não apresentam sintomatologia depressiva, podendo continuar a fazer parte do mesmo.

4.3 Memória e Envelhecimento bem-sucedido

4.3.1 Memória prospectiva e retrospectiva dos idosos

Para avaliar a memória prospectiva e retrospectiva dos idosos foi utilizado o questionário de memória prospectiva e retrospectiva e os resultados são apresentados de seguida.

Tabela XX Estatística - Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva (PRMQ)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mín.	Máx.	Ponto Mín.	Ponto Méd.	Ponto Máx.
PRMQ Prospectiva	100	11,5	5,5	48%	0	25	0	16	32
PRMQ Retrospectiva	100	10,7	4,9	46%	1	22	0	16	32

A Memória Prospectiva e Memória Retrospectiva, apresentam um valor médio inferior ao ponto intermédio das escalas de medida, ligeiramente superior para a dimensão Prospectiva em comparação com a dimensão Retrospectiva, portanto, em média, ambas as dimensões apresentam valores reduzidos. Note-se que as escalas medem a perda de memória, portanto, os valores obtidos permitem concluir que, em média, a perda de memória é reduzida.

Tabela XXI Frequências - Queixas de Memória: Ausência vs Presença

	Frequência	Percentagem
Ausência de QM	49	49,0
Presença de QM	51	51,0
Total	100	100,0

Na amostra, 49% referem ter ausência de queixas de memória e 51% respondem ter queixas de memória

4.3.2 Relação entre as queixas de memória com a escolaridade, estatuto socioeconómico e género

4.3.2.1 Queixas de Memória e Escolaridade

Tabela XXII Estatística e Testes de Kruskal-Wallis: Relações entre a Escala PRMQ e a Escolaridade

		N	Média	Desvio padrão	Qui ² ₃ (KW)	p
PRMQ Prospectiva	Não sou alfabetizado	9	12,22	7,446	2,13	0,545
	Primeiro ciclo do ensino básico	61	12,08	5,548		
	Segundo ciclo	20	10,35	5,244		
	Ensino secundário ou superior	10	9,50	2,838		
PRMQ Retrospectiva	Não sou alfabetizado	9	11,56	2,963	5,41	0,144
	Primeiro ciclo do ensino básico	61	11,46	5,091		
	Segundo ciclo	20	8,80	4,808		
	Ensino secundário ou superior	10	8,60	3,950		

Na amostra, as suas dimensões Memória Prospectiva e Memória Retrospectiva apresentam valores superiores para os não alfabetizados e com primeiro ciclo que diminui com o aumento da escolaridade, portanto as perdas de memória aumentam com

o aumento da escolaridade; no entanto, todas estas diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela XXIII Frequências - Relação entre as Queixas de Memória e a Escolaridade

Q07 QSD- Escolaridade		QUEIXAS de MEMORIA	
		Ausência de QM	Presença de QM
Não sou alfabetizado	N	6	3
	% na escolaridade	66,7%	33,3%
Primeiro ciclo do ensino básico	N	27	34
	% na escolaridade	44,3%	55,7%
Segundo ciclo	N	8	12
	% na escolaridade	40,0%	60,0%
Ensino secundário ou superior	N	8	2
	% na escolaridade	80,0%	20,0%

Na amostra, a percentagem de presença de queixas de memória é superior para o segundo ciclo seguido de primeiro ciclo e é inferior para o secundário ou superior, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(3)} = 6,166$; $p = 0,104$).

4.3.2.2 Queixas de Memória e Estatuto Socioeconómico

Tabela XXIV Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre a Escala PRMQ e o Estatuto Socioeconómico

		N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
PRMQ Prospectiva	Até um salário mínimo	85	11,82	5,697	497,5	0,175
	Até dois SM ou de 3 a 4	15	9,60	3,661		
PRMQ Retrospectiva	Até um salário mínimo	85	10,91	5,044	534	0,316
	Até dois SM ou de 3 a 4	15	9,20	3,668		

Na amostra, as dimensões Memória Prospectiva e Memória Retrospectiva apresentam valores superiores para os que apresentam menor estatuto socioeconómico, portanto as perdas de memória são superiores para os que apresentam menor estatuto socioeconómico; no entanto, todas estas diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

4.3.2.3 Queixas de Memória e Género

Tabela XXV Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre a Escala PRMQ e o Género

		N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
PRMQ Prospectiva	Masculino	10	8,80	2,821	296,5	0,077
	Feminino	90	11,79	5,634		
PRMQ Retrospectiva	Masculino	10	8,00	3,712	273,5	* 0,042
	Feminino	90	10,94	4,927		

* diferença significativa para $p < 0,05$

A dimensão Memória Retrospectiva apresenta valores superiores para o sexo feminino, portanto as perdas de memória são superiores para o sexo feminino; sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a dimensão Memória Prospectiva apresenta valores superiores para o género feminino, portanto as perdas de memória são superiores para o género feminino; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

4.4 Envelhecimento bem-sucedido

Para caracterizar o envelhecimento bem-sucedido foi utilizada a escala de SAS no presente estudo e os resultados são os seguintes.

Tabela XXVI Estatísticas - Escala de Envelhecimento Bem-sucedido

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mín.	Máx.	Ponto Mín.	Ponto Méd.	Ponto Máx.
Escala de Envelhecimento bem sucedido	100	90,1	5,7	6%	76	98	14	56	98
(a) Estilo de Vida Saudável	100	32,8	2,1	6%	27	35	5	20	35
(b) Compromisso com a Vida	100	31,7	2,5	8%	22	35	5	20	35

Tanto a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido, como as suas dimensões (a) Estilo de Vida Saudável e (b) Compromisso com a Vida, apresentam um valor médio muito próximo do valor máximo possível de cada variável, ligeiramente superior para a dimensão (a) Estilo de Vida Saudável em comparação com a dimensão (b) Compromisso com a Vida, portanto, em média, a Escala e ambas as suas dimensões apresentam valores bastante elevados.

O envelhecimento bem-sucedido foi estratificado em dois grupos: baixo EBS vs Alto EBS pelo percentil 66 (\leq percentil 66 foi categorizado com alto EBS baixo e os restantes como EBS alto).

Tabela XXVII Frequências - Categoria EBS: Baixo vs Alto

	Frequência	Porcentagem
EBS BAIXO	64	64,0
EBS ALTO	36	36,0
Total	100	100,0

Na amostra, 64% apresentam EBS baixo e 36% apresentam EBS alto.

4.4.1 Relação entre Envelhecimento bem-sucedido e Escolaridade

Como a escolaridade apresenta apenas duas observações na categoria “Ensino Superior”, esta foi agregada à categoria anterior, para possibilitar a realização da análise inferencial.

Tabela XXVIII Estatística e Testes de Kruskal-Wallis: Relações entre a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido e a Escolaridade

		N	Média	Desvio padrão	Qui ² ₃ (KW)	p
Escala de Envelhecimento bem sucedido	Não sou alfabetizado	9	90,44	8,095	2,06	0,560
	Primeiro ciclo do ensino básico	61	90,25	5,938		
	Segundo ciclo	20	88,65	4,977		
	Ensino secundário ou superior	10	91,30	3,268		
(a) Estilo de Vida Saudável	Não sou alfabetizado	9	32,67	3,240	5,47	0,140
	Primeiro ciclo do ensino básico	61	33,02	1,962		
	Segundo ciclo	20	31,85	1,872		
	Ensino secundário ou superior	10	33,30	1,418		
(b) Compromisso com a Vida	Não sou alfabetizado	9	32,00	2,872	1,02	0,797
	Primeiro ciclo do ensino básico	61	31,66	2,744		
	Segundo ciclo	20	31,55	1,849		
	Ensino secundário ou superior	10	32,20	1,619		

Na amostra, a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido apresenta valor superior para o ensino secundário ou superior e valor inferior para o segundo ciclo; a dimensão (a) Estilo de Vida Saudável também apresenta valor superior para o ensino secundário ou superior e valor inferior para o segundo ciclo; a dimensão (b) Compromisso com a Vida apresenta valor superior para o ensino secundário e não escolarizado; no entanto, todas estas diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela XXIX Frequências - Relação entre a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido (em categorias) e a Escolaridade

Q07 QSD- Escolaridade		Categoria EBS: Baixo vs Alto	
		EBS BAIXO	EBS ALTO
Não sou alfabetizado	N	5	4
	% na escolaridade	55,6%	44,4%
Primeiro ciclo do ensino básico	N	36	25
	% na escolaridade	59,0%	41,0%
Segundo ciclo	N	17	3
	% na escolaridade	85,0%	15,0%
Ensino secundário ou superior	N	6	4
	% na escolaridade	60,0%	40,0%

Na amostra, a percentagem de EBS Alto é inferior para o segundo ciclo, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(3)} = 4,834$; $p = 0,184$).

4.4.2 Relação entre Envelhecimento bem-sucedido e Estatuto Socioeconómico

Como o estatuto socioeconómico apresenta apenas duas observações na categoria “De três a quatro salários mínimos”, esta foi agregada à categoria anterior, para possibilitar a realização da análise inferencial.

Tabela XXX Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre a Escala de Envelhecimento Bem-Sucedido e o Estatuto Socioeconómico

		N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
Escala de Envelhecimento bem sucedido	Até um salário mínimo	85	90,06	5,953	610	0,790
	Até dois SM ou de 3 a 4	15	90,00	4,536		
(a) Estilo de Vida Saudável	Até um salário mínimo	85	32,78	2,090	629	0,933
	Até dois SM ou de 3 a 4	15	32,80	2,007		
(b) Compromisso com a Vida	Até um salário mínimo	85	31,72	2,580	599,5	0,710
	Até dois SM ou de 3 a 4	15	31,73	1,907		

Na amostra, a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido e as suas dimensões (a) Estilo de Vida Saudável e (b) Compromisso com a Vida são idênticas para ambos os estatutos socioeconómicos, não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela XXXI Frequências - Relação entre a Escala de Envelhecimento Bem Sucedido (em categorias) e o Estatuto Socioeconómico

Q08 QSD- A remuneração económica é aproximadamente		Categoria EBS: Baixo vs Alto	
		EBS BAIXO	EBS ALTO
Até um salário mínimo (505 €)	N	53	32
	% no estatuto	62,4%	37,6%
Até dois salários mínimos ou de três a quatro	N	11	4
	% no estatuto	73,3%	26,7%

Na amostra, a percentagem de EBS Alto é superior para o estatuto socioeconómico menor, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 0,667$; $p = 0,414$).

4.4.3 Relação entre Envelhecimento bem-sucedido e Género

Tabela XXXII Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre a Escala de Envelhecimento Bem Sucedido e o Género

		N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
Escala de Envelhecimento bem sucedido	Masculino	10	89,90	4,909	416,5	0,699
	Feminino	90	90,07	5,852		
(a) Estilo de Vida Saudável	Masculino	10	33,20	2,150	393	0,500
	Feminino	90	32,73	2,065		
(b) Compromisso com a Vida	Masculino	10	31,50	1,841	391,5	0,496
	Feminino	90	31,74	2,551		

Na amostra, a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido é idêntica para ambos os sexos; a dimensão (a) Estilo de Vida Saudável apresenta valor superior para o sexo masculino; a dimensão (b) Compromisso com a Vida apresenta valor superior para o género feminino; no entanto, todas estas diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela XXXIII Frequências - Relação entre a Escala de Envelhecimento Bem Sucedido (em categorias) e o Género

Género			Categoria EBS: Baixo vs Alto	
			EBS BAIXO	EBS ALTO
Masculino	N		6	4
	%	no	60,0%	40,0%
	género			
Feminino	N		58	32
	%	no	64,4%	35,6%
	género			

Na amostra, a percentagem de EBS Alto é superior para o sexo masculino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 0,077$; $p = 0,781$).

4.5 Queixas de Memória e Envelhecimento Bem-sucedido

Tabela XXXIV Estatística descritiva e Testes de Mann-Whitney: Relações entre a Escala de Envelhecimento Bem Sucedido e as Queixas de Memória

		N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
Escala de Envelhecimento bem sucedido	Ausência de QM	49	91,96	4,783	755	** 0,001
	Presença de QM	51	88,22	6,028		
(a) Estilo de Vida Saudável	Ausência de QM	49	33,31	1,828	883,5	** 0,009
	Presença de QM	51	32,27	2,173		
(b) Compromisso com a Vida	Ausência de QM	49	32,57	1,744	756	** 0,001
	Presença de QM	51	30,90	2,809		

** diferença significativa para $p < 0,01$

O valor de prova é inferior a 5% para a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido e as suas dimensões (a) Estilo de Vida Saudável e (b) Compromisso com a Vida, verificam-se diferenças significativas com as Queixas de Memória.

A Escala de Envelhecimento Bem-sucedido e as suas dimensões (a) Estilo de Vida Saudável e (b) Compromisso com a Vida apresentam um valor superior para os que apresentam ausência de queixas de memória, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Tabela XXXV Frequências - Relação entre a Escala de Envelhecimento Bem Sucedido (em categorias) e as Queixas de Memória

QUEIXAS MEMÓRIA:		Categoria EBS: Baixo vs Alto	
		EBS BAIXO	EBS ALTO
Ausência de QM	N	27	22
	% no grupo	55,1%	44,9%
Presença de QM	N	37	14
	% no grupo	72,5%	27,5%

Na amostra, a percentagem de EBS Alto é superior para os que apresentam ausência de queixas de memória, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 3,302$; $p = 0,069$).

5 Discussão de resultados

Após a apresentação dos principais resultados podemos chegar a algumas conclusões relativas às questões fundamentais deste estudo, ou seja compreender se existe relação entre envelhecimento bem-sucedido e as queixas de memória prospectiva e retrospectiva em pessoas idosas.

Após recolhidos os dados do presente estudo apresentamos uma breve caracterização dos participantes, verificamos que na sua maioria têm entre os 65 e 69 anos de idade (Tabela I), são do género feminino (Tabela II) e residem em Moura (Tabela III). No que diz respeito ao estado civil, número de filhos, escolaridade e remuneração económica, os participantes na sua maioria são casados (Tabela IV), têm dois filhos (Tabela V) e têm o primeiro ciclo do ensino básico (Tabela VI) e a sua remuneração económica (VII) não ultrapassa o salário mínimo.

Relativamente à caracterização dos participantes sobre a actividade física e memória, na sua grande maioria os participantes praticam actividade física pelo menos duas vezes por semana (Tabela VIII), referem que raramente alguém do seu meio familiar pensa que o participante tem a memória fraca (Tabela IX), considerando na sua maioria terem uma memória regular (Tabela X), ainda assim a sua maioria apresentam presença de queixas de memória (Tabela XI)

No entanto, em comparação com a sua memória à cinco anos atrás os participantes consideram estar um pouco pior, mas está mais ou menos igual a outros da sua idade (Tabela XII).

Alguns participantes consideram que a memória tem interferido e dificultado as suas actividades de vida diárias ainda que por vezes (Tabela XIV), no entanto, na sua maioria consideram não afectar (Tabela XV). Na sua vida familiar na sua maioria consideram que a memória não tem causado problemas (Tabela XVI), no entanto, alguns participantes consideram que a memória tem causado alguns problemas na sua vida familiar (Tabela XVII).

Quando apresentamos os resultados obtidos através da análise da consistência interna (Apêndice IV) das escalas que permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem, de acordo com Anastasis (1951) e DeVellis (1991) verificamos que todas as escalas podem ser perfeitamente medidas pelos itens que as

integram, nomeadamente a escala de envelhecimento bem-sucedido com um valor do Alfa de Cronbach de 0.867, o questionário de memória com um valor do Alfa de Cronbach de 0.874 e a escala de ansiedade e depressão com um valor do Alfa de Cronbach de 0.704.

O valor do Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951) é um modelo de consistência interna, baseado na correlação inter-item, sendo o modelo mais utilizado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas é considerado bom e aceitável no presente estudo, ainda que o resultado das dimensões ansiedade e depressão seja mais baixo considera-se aceitável para medir a ansiedade e depressão nesta amostra. Note-se que um coeficiente de consistência interna de 0.80 ou mais é considerado como "bom" na maioria das aplicações de Ciências Sociais e um coeficiente de consistência interna entre 0.70 e 0.80 é considerado como aceitável. Em alguns estudos admitem-se valores de consistência interna de 0,60 a 0,70, o que segundo a literatura é “fraco”. Estes valores são referidos, por exemplo, por Muñiz (2003), Muñiz *et al.* (2005) e Nunnaly (1978).

No que diz respeito aos valores do estado mental, ansiedade e depressão foram favoráveis o que permitiu que os idosos participantes do presente estudo o pudessem integrar. Relativamente ao estado mental a escala de Mini Exame do Estado Mental apresentou um valor médio muito próximo do valor máximo das escalas de medida, 26.5 pontos (Tabela XVIII), portanto em média apresentou valores bastante elevados. Para a escala e para cada uma das suas dimensões, os seus valores foram determinados a partir do cálculo da soma dos itens que as constituem sendo o valor mínimo 0 e o valor máximo 30.

Após os resultados na Escala de Ansiedade e Depressão podemos verificar que a ansiedade apresenta um valor intermédio e que a depressão apresenta valores reduzidos (Tabela XIX).

Através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental podemos observar que os participantes não apresentavam défice cognitivo, considera-se défice cognitivo em analfabetos com um total de 15 pontos ou menos, 1 a 11 anos de escolaridade com um total de 22 pontos ou menos e escolaridade superior a 11 anos com o ponto de corte de 27 pontos (Matos, 2011 p.23) e não apresentavam sintomatologia depressiva confirmada através da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar que foi utilizada para avaliar a

ansiedade e depressão. Esta escala apresenta 14 itens, com 4 opções de resposta, cotadas de 0 a 3; se os valores totais em cada subescala forem superiores a 8 e inferiores a 10 requerem avaliação para confirmação de estado depressivo e, para valores superiores a 11 requerem intervenção e seguimento (Ribeiro, 2007).

Ao analisarmos a memória prospectiva e retrospectiva dos idosos através do Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva que contém 16 itens referentes às falhas quotidianas de memória, sendo oito de memória prospectiva e oito de memória retrospectiva. Podemos observar através dos resultados obtidos que a Memória Prospectiva e Memória Retrospectiva, apresentam um valor médio inferior ao ponto intermédio das escalas de medida, ligeiramente superior para a dimensão Prospectiva em comparação com a dimensão Retrospectiva, portanto, em média, ambas as dimensões apresentam valores reduzidos. Note-se que as escalas medem a perda de memória, portanto, os valores obtidos permitem concluir que, em média, a perda de memória é reduzida (Tabela XX), não obstante, 49% referem ter ausência de queixas de memória e 51% respondem ter queixas de memória (Tabela XXI).

A literatura refere que envelhecer está normalmente associado ao declínio dos processos cognitivos, sendo comum nesta fase o aparecimento de queixas relacionadas com as perdas de memória.

Em concordância com os resultados obtidos o autor Baddley, (2011 p.311) refere-se à memória no envelhecimento dizendo que *“todos nós nos queixamos da falibilidade das nossas memórias e, à medida que envelhecemos, nos queixamos ainda mais”*. O declínio na memória é evidente, uma vez que essa função cognitiva torna-se o alvo de queixas mais comuns entre os idosos, no entanto, as alterações de memória no envelhecimento normal acontecem de forma variável, ou seja, cada ser humano tem um ritmo próprio e particular de envelhecimento. Assim, há uma *“variabilidade dos efeitos do envelhecimento em relação à memória”*. (Neri; Yassuda, 2004)

Ao analisarmos a relação entre as queixas de memória com a escolaridade, estatuto socioeconómico e género obtemos os seguintes resultados, ainda que todas as diferenças observadas não sejam estatisticamente significativas:

- Queixas de Memória e Escolaridade - nos participantes, a percentagem de presença de queixas de memória é superior para o segundo ciclo seguido de

primeiro ciclo e é inferior para o secundário ou superior (Tabela XXIII). Estes resultados corroboram com um outro estudo realizado por Paulo et. al. (2010 p.3) que pretendeu avaliar se as queixas de memória variam entre indivíduos de diferentes graus de escolaridade e concluiu que não houve relação entre as queixas de memória e o grau de escolaridade dos idosos.

- Queixas de Memória e Estatuto socioeconómico – nos participantes, as dimensões Memória Prospectiva e Memória Retrospectiva apresentam valores superiores para os que apresentam menor estatuto socioeconómico, portanto as perdas de memória são superiores para os que apresentam menor estatuto socioeconómico (Tabela XXIV), desta forma podemos referir que ter bons recursos influência o estado mental do idosos. Neri (1993) citado por Lima (2008) sustenta que ter maior perspectiva de longevidade; possuir bons níveis de saúde física e mental; altos níveis de satisfação com a vida; controle nas dimensões sociais; senso de produtividade, participação e realização de actividades; auto-eficácia cognitiva; estatuto social; possuir bons recursos económicos; continuidade dos papéis familiares e ocupacionais; manutenção das relações sociais informais e das redes de relações são factores que estão envolvidos no bem-estar na velhice.
- Queixas de Memória e Género – nos participantes, as dimensões Memória Prospectiva e Memória Retrospectiva apresentam valores superiores para o sexo feminino, portanto as perdas de memória são superiores para o sexo feminino (Tabela XXV). Esta evidência poder-se-á dever à especificidade da amostra, onde o número de mulheres participantes (90) foi de mais do dobro dos homens (10).

Ao analisar o envelhecimento bem-sucedido através da escala Successful Aging Scale – SAS (Anexo III), desenvolvida por Gary T. Reker (2009), que tem como objectivo medir a percepção de envelhecimento bem-sucedido dos idosos obtivemos os seguintes resultados: tanto a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido, como as suas dimensões (a) Estilo de Vida Saudável e (b) Compromisso com a Vida, apresentam um valor médio muito próximo do valor máximo possível de cada variável, portanto, em média, a

Escala e ambas as suas dimensões apresentam valores bastante elevados (Tabela XXVI).

Podemos então afirmar que os participantes do presente estudo têm um elevado envelhecimento bem-sucedido, posteriormente o envelhecimento bem-sucedido foi estratificado em dois grupos: baixo envelhecimento bem-sucedido e alto envelhecimento bem-sucedido e os resultados foram, 64% apresentam EBS baixo e 36% apresentam EBS alto (Tabela XXVII).

Ainda que haja resultados de um elevado envelhecimento bem-sucedido, após ser estratificado a sua maioria dos participantes têm um baixo envelhecimento bem-sucedido. Rowe (1987) citado por Crispim (2014 p.54) afirma que o “*envelhecimento bem-sucedido é multidimensional, caracterizando-o pela baixa probabilidade de doença e de incapacidade relacionada à doença, a alta capacidade de funcionamento cognitivo e físico e a interacção com a vida*”. Ou seja, depende de um estilo de vida mais saudável e de um prolongamento do envolvimento activo com a vida. Pelo que podemos considerar que os participantes do presente estudo se encontram bem no que diz respeito ao envelhecimento bem-sucedido, no entanto deve continuar a promoção do mesmo, nomeadamente, “*a promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade, melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade*” Guiomar (2010 p.6) para que possam se obter melhores resultados uma vez que a sua maioria apresenta um envelhecimento bem-sucedido baixo quando estratificado.

Todos nós podemos ter um papel activo na promoção do envelhecimento bem-sucedido, a psicologia da saúde tem um papel fundamental para essa promoção.

Desta forma podemos referir que um aspecto fundamental no campo dos contributos da psicologia na promoção do envelhecimento bem-sucedido é uma intervenção precoce ao nível da manutenção e promoção da saúde em etapas de vida anteriores. Outro aspecto refere-se à constituição de uma rede de intervenção multidisciplinar, esta intervenção concertada por parte de todos irá favorecer a aquisição de práticas de qualidade em vários contextos e serviços de apoio a pessoas idosas. (cf. Guiomar, 2010 p.11)

Ao analisarmos a relação entre envelhecimento bem-sucedido e a escolaridade, estatuto socioeconómico e género obtemos os seguintes resultados, ainda que todas as diferenças observadas não sejam estatisticamente significativas:

- *Envelhecimento bem-sucedido e Escolaridade* – nos participantes, a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido apresenta valor superior para o ensino secundário ou superior e valor inferior para o segundo ciclo (Tabela XXVIII). No estudo de Huppert et. al. (2000) citado por Paulino (2013) os resultados alcançados na investigação de Huppert e colaboradores (2000) em cujo grupo de participantes com mais de 80 anos e escolaridade média 7,4 anos, os resultados alcançados na performance de testes de MP foram fortemente influenciados por variáveis demográficas como por exemplo a escolaridade, as pessoas que participaram no citado estudo que detinham maior escolaridade ocupavam profissões de nível superior, o que pressupõe que uma maior escolaridade promove o envelhecimento bem-sucedido.
- *Envelhecimento bem-sucedido e Estatuto Socioeconómico* – nos participantes, a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido é idêntica para ambos os estatutos socioeconómicos (Tabela XXIX).
- *Envelhecimento bem-sucedido e Género* – nos participantes, a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido é idêntica para ambos os géneros (Tabela XXX).
- Podemos concluir pelos resultados em que se relaciona o envelhecimento bem-sucedido com o estatuto socioeconómico e o género, que os idosos do nosso estudo, independentemente do estatuto socioeconómico e do género são idosos que possuem um envelhecimento bem-sucedido que perspectiva a pessoa idosa como proactiva. Tal como defende Fonseca (2005 p.281), a possibilidade de envelhecer com sucesso, numa perspectiva global, prende-se com a valorização dos seus aspectos psicológicos e sociais, sendo que tal “*não cai do céu, é preciso desejá-lo, planeá-lo e fazer um esforço para o alcançar*”.

A este propósito, Pasqualotti, Pérez et al. (2007 p.33), defendem que o idoso pode ser um “*sujeito activo da sua própria história*”.

Relativamente às queixas de Memória e Envelhecimento Bem-sucedido após os resultados podemos observar que a Escala de Envelhecimento Bem-sucedido e as suas dimensões (a) Estilo de Vida Saudável e (b) Compromisso com a Vida apresentam um valor superior para os que apresentam ausência de queixas de memória (Tabela XXXIV).

Quando estratificado o envelhecimento bem-sucedido, a percentagem de EBS Alto é superior para os que apresentam ausência de queixas de memória (Tabela XXXV).

Nesta lógica podemos afirmar que quem tem um envelhecimento bem-sucedido apresenta ausência de queixas de memória, note-se que a literatura refere que memória é algo fundamental para que se possa aprender, perceber, falar, raciocinar e como tal, seria difícil conceber um ser humano que não possuísse esta capacidade cognitiva, tornando-se pertinente a manutenção da capacidade cognitiva e o compromisso activo, que surgem como duas das características fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido (Rowe, 1998).

Parte III – Proposta de Projecto de Intervenção Comunitária

6. Proposta do Projecto Intervenção AGIT(A)MENTE

Face aos resultados obtidos a partir da recolha da informação em que o envelhecimento bem-sucedido é baixo e a maioria dos idosos apresenta queixas de memória, será delineada uma proposta de projecto de intervenção, que visará a viabilização de actividades para colmatar algumas das dificuldades encontradas, tendo em conta as reais prioridades de intervenção. Este terá como objectivo dar resposta às necessidades identificadas junto dos participantes do estudo.

6.1 Fundamentação do Projecto de Intervenção

Tal como refere Isabel Guerra (2002, p.126) *“um projecto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas também é a expressão de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder”*. Este baseia-se em determinar um conjunto de acções que depois serão executadas, com o objectivo de resolver problemas identificados. Pode afirmar-se que as finalidades de um projecto de intervenção indicam as contribuições que este pode trazer aos problemas e às situações que são necessárias modificar. (Cf. Guerra, 2002, p.163)

Note-se que após a análise dados recolhidos junto dos participantes do estudo, chegámos à seguinte conclusão: em média a perda de memória é reduzida, no entanto, a maioria dos participantes (51%) apresenta queixas de memória; o envelhecimento bem-sucedido é elevado, mas quando estratificado em dois grupos (Envelhecimento bem-sucedido alto e Envelhecimento bem-sucedido baixo) 64% dos participantes apresentam valores de um Envelhecimento bem-sucedido baixo.

Desta forma, pretendemos aliar ao projecto da Câmara Municipal de Moura “Actividade Física Sénior” onde é promovido um envelhecimento activo e bem-sucedido que segundo Rowe (1987) citado por Crispim (2014 p.54) afirma que o *“envelhecimento bem-sucedido é multidimensional, caracterizando-o pela baixa probabilidade de doença e de incapacidade relacionada à doença, a alta capacidade de funcionamento cognitivo e físico e a interacção com a vida”* um programa de estimulação cognitiva que permita potenciar o envelhecimento bem-sucedido e estimular as funções cognitivas dos

idosos para que estes apresentem menos queixas de memória e tenham um melhor envelhecimento.

Várias investigações têm levado à conclusão que a estimulação cognitiva tem consequências positivas do desempenho cognitivo dos idosos (Hofland, Willis, & Baltes, 1981; Rodrigues, 2006; Falkenstein & Sommer, 2006”. Para além dos programas de estimulação cognitiva, as actividades sociais e de lazer aplicadas nos idosos têm, conjuntamente, em efeito bastante positivo no funcionamento cognitivo e são um factor de prevenção contra a deterioração cognitiva (Fernández-Ballesteros, 2001). A maioria das actividades de estimulação é de carácter lúdico, com o objectivo de trabalhar diversas áreas em simultâneo, físico, cognitivo e social. (Zimerman, 2000; Maroto, 2003).

Um estudo de García e González (2005) teve como objectivo analisar os efeitos de um programa de treino de memória em idosos. A amostra abarcou noventa e oito idosos, dos quais cinquenta e nove faziam parte do grupo experimental e trinta e nove do grupo de controlo. Os sujeitos seleccionados pertenciam a lares de idosos e aos Serviços Psicológicos da Universidade de Granada. Após a aplicação de programas de treino da memória, os resultados indicam que o grupo de controlo melhoraram ou mantiveram o seu rendimento cognitivo, enquanto os idosos que não participaram demonstraram um declive nas suas funções. (Gonçalves, 2012)

Um outro estudo foi levado a cabo por Yassuda, Batistoni, Fortes e Neri (2006) com o objectivo de estudar os efeitos de um programa de treino de memória episódica. O estudo envolveu uma amostra de sessenta e nove idosos saudáveis. Os resultados deste estudo insinuaram que os idosos que participaram no treino intensificaram o uso de estratégias ensinadas.

Tsai, Yang, Lan e Chen (2008) no seu estudo, ao criarem um programa de intervenção cognitiva em idosos, para melhorar a memória em idosos, verificaram que o grupo submetido à estimulação cognitiva melhorou não só a memória como o seu desempenho cognitivo geral. (Gonçalves, 2012)

Em Portugal a investigação sobre a estimulação cognitiva ainda é diminuta. No entanto, alguns estudos têm sido realizados. Apóstolo e outros investigadores (2011) conseguiram, em dois estudos pré experimentais com dois tipos de amostra de idosos, uma residente na comunidade e outra institucionalizada, resultados positivos na cognição dos idosos sujeitos a um programa de estimulação cognitiva. Pires (2008),

também, verificara melhorias significativas no funcionamento cognitivo dos idosos e na qualidade de vida dos mesmos, após 8 sessões de estimulação cognitiva. (Gonçalves, 2012)

Tendo em conta o exposto, podemos afirmar que o treino cognitivo pode ocasionar um aumento do desempenho e manutenção de habilidades cognitivas em idosos saudáveis, maximizando as funções cognitivas e prevenindo futuros declínios cognitivos.

Desta forma, consideramos ser pertinente a implementação do programa de estimulação cognitiva junto dos participantes do presente estudo.

6.2 Designação do Projecto

Este projecto foi designado de **AGIT(A)MENTE** numa tentativa de enfatizar a união e complementaridade existente entre o movimento da actividade física e a mente, realçando a importância de uma mente saudável e corpo saudável para se obter um bem-estar físico e mental.

6.3 Objectivos

A definição dos objectivos não é uma tarefa fácil nem a distinção dos objectivos gerais dos específicos.

De acordo com Guerra (2000:163) os objectivos gerais descrevem grandes orientações para as acções e são coerentes com as finalidades do projecto. Os objectivos específicos simbolizam a operacionalização dos objectivos gerais, detalhando os mesmos. É com base nestes que é possível proceder à avaliação final, pelo que têm de ser formulados com clareza e precisão.

Objectivo Geral:

- Ψ Diminuir as Queixas de Memória dos idosos e potenciar o Envelhecimento Bem-sucedido

Objectivos Específicos:

- Ψ Estimular as funções cognitivas;
- Ψ Manutenção e aumento das habilidades cognitivas;
- Ψ Fornecer novas ferramentas para potenciar o envelhecimento bem-sucedido;

6.4 Profissionais envolvidos na dinamização e liderança do projecto

Em nossa opinião os técnicos envolvidos neste projecto será a responsável por este projecto, Dra. Patrícia Pato Mestre em Psicogerontologia Comunitária em colaboração com os técnicos da Câmara Municipal de Moura, Dra. Sofia Melo psicóloga e o Dr. Nelson Bartolo técnico de desporto.

6.5 Público-alvo

O público-alvo do projecto que contempla um programa de estimulação cognitiva, são todos os participantes no presente estudo que por sua vez integram o projecto “Atividade Física Sénior” da Câmara Municipal de Moura.

6.6 Planificação da intervenção

Cada sessão inicia-se com um breve resumo das principais funções cognitivas que podem ser estimuladas numa determinada actividade, recorrendo sempre a exemplos práticos, para melhor compreensão por parte dos participantes. Ao longo das sessões serão esclarecidas as dúvidas que forem surgindo, e o programa será adaptado as exigências e capacidades dos participantes caso seja necessário.

Com este programa de estimulação pretende-se numa fase inicial aprender como melhorar a capacidade de memorização, é importante conhecer algumas coisas sobre ela. Desta forma, podemos entender melhor a utilidade de praticar com regularidade os jogos e exercícios propostos no programa.

O plano de acção do projecto AGIT(A)MENTE foi elaborado com base num guiada autora Ana Alvarez intitulado “Deu Branco” para desenvolver o potencial da memória, este sugere ideias práticas e exercícios simples que podem fazer parte do quotidiano de qualquer pessoa, com o objectivo de aperfeiçoar a capacidade de memorização. (Alvarez,2008)

Quadro I Plano de Acção do Projecto AGIT(A)MENTE

Projecto	Objectivo Geral	Objectivos Específicos	Actividades	Recursos Humanos
AGIT(A)MENTE	<u>Estimulação Cognitiva</u>	A. Recomendações gerais para aumentar o poder de memorização	A1. Treinar a Memória no dia-a-dia	Responsável pelo projecto – Especialista em psicogerontologia em parceria com a Psicóloga da Câmara Municipal de Moura.
		B. Estratégias compensatórias externas: optimizando o ambiente	B1. Estratégia 1: organização e mudanças no ambiente	
			B2. Estratégia 2: anotações e lembranças	
		C. Estratégias compensatórias internas: optimizando a capacidade pessoal	C1. Estratégia 1: atenção e concentração	
			C2. Estratégia 2: técnicas para codificação da informação	
			C3. Estratégia 3: estocagem das informações	
			C4. Estratégia 4: resgate das informações	

		D. Potenciar a memória através do estilo de vida	D1. A atitude; D2. A alimentação construtora; D3. O descanso para o cérebro.	
		E. Fortalecer a atenção	E1. Formar imagens visuais, auditivas e tácteis	
		F. Armazenar informações de modo organizado	F1. Caracterização e memorização de itens	
			F2. Associação de ideias	
			G1. Resgate de palavras	
			G2. Resgate com formação de sentenças	
			G3. Resgate com seriação de palavras	
			G4. Resgate após organização por ordem alfabética	
			G5. Resgate após imaginação visual de tamanho	
			G6. Resgate de figuras após confronto visual	

	G. Resgatar dados com eficácia	G7. Resgate após associações visuais	
		G8. Resgate após associação de palavras	
		G9. Reconhecimento de rostos com resgate dos dados de identificação	
		G10. Resgate com reprodução de figuras	

6.7 Desenvolvimento sucinto das actividades a propor

Com o objectivo de diminuir as queixas de memória dos idosos participantes e potenciar um envelhecimento bem-sucedido definimos um plano de acção onde serão levadas a cabo diversas actividades dos capítulos 7,8,9,10 e 11 do guia para desenvolver o potencial da memória de Ana Alvarez.

Entendemos que o primeiro passo para melhorar a capacidade de memorização é observar os episódios de esquecimento (Capítulo 7), tentando compreender porque ocorrem. Especialistas têm comprovado que a nossa capacidade de memorização aumenta quando recebemos informações externas e internas, as informações externas são aquelas que fazem parte do ambiente que nos rodeia, as internas dizem respeito à criação de imagens mentais e a sua associação às diversas tarefas que temos que cumprir (Alvarez, 2008), desta forma iniciamos o programa de estimulação cognitiva com recomendações gerais para aumentar o poder de memorização segundo Alvarez (2008).

Após a primeira acção serão abordadas as estratégias compensatórias externas (Capítulo 8), ou seja, recorrer a estímulos externos para auxiliar o funcionamento da memória que de um modo geral, incluem diversas maneiras de organizar as informações que devem ser memorizadas, como o uso de listas de supermercado, bilhetes, agendas, alarmes e mudanças de rotina. Posteriormente, serão abordadas as estratégias compensatórias internas (Capítulo 9) que são todas aquelas que podemos usar, mentalmente, para melhorar a memória, como por exemplo, repetir várias vezes, para nós mesmos, uma informação. Estas estratégias promovem uma memorização mais eficaz e duradoura.

De seguida, serão realizadas actividades no sentido de potenciar a memória através do estilo de vida (Capítulo 10) pois uma vida saudável, com alimentação adequada, a prática de actividade física e um mínimo de seis horas de sono ajudam a garantir uma boa capacidade de memória.

Por fim, serão levados a cabo os exercícios para melhorar a memória (Capítulo 11), fortalecendo a atenção que inclui 6 exercícios, armazenando informações de modo organizado que inclui 7 exercícios e resgatando dados com eficácia que inclui 20 exercícios.

Tal como refere Alvarez (2008 p.106) “ *não há treinamento de memória sem treinamento de atenção e o melhor meio para trabalhar esta etapa consiste na prática de atenção concentrada e da imaginação*” a autora refere ainda que há muitas estratégias que optimizam o armazenamento de informações, mas as mais usadas e que melhor se adaptam são as da “*visualização e associação*” (Alvarez, 2008 p.110). No que diz respeito ao resgate de dados com eficácia que são as últimas acções a serem desenvolvidas estas passam por colocar em prática o aprendizado anterior, como, o prestar atenção e armazenar as informações de forma organizada numa série de actividades.

6.8 Avaliação do Projecto

No sentido de melhor se fazer entender a apreciação do projecto em questão importa, antes de mais, salientar de forma tão sucinta quanto possível aquilo que se entende por avaliação. Avaliar é, portanto, “...o processo pelo qual se delimita, se obtém e se fornece informações úteis (...) é um aviso sobre a eficácia de uma intervenção ou de um plano que está a ser implementado” (Guerra, 2002:186).

A avaliação do projecto integrará avaliação ex-ante, on-going e ex-post.

Numa fase inicial (ex-ante) é fundamentalmente, uma “avaliação-diagnóstica”, confundindo-se por vezes com o diagnóstico. Nesta fase, a avaliação comporta os seguintes questionamentos: o conhecimento da amplitude do problema; a definição, em termos operativos, dos participantes e beneficiários do projecto; e a definição das melhores estratégias, pois dado que o projecto ainda não se iniciou, pretende-se que a avaliação forneça os elementos que o permitam conceber nas melhores condições de intervenção graças a um bom conhecimento do problema a resolver e do seu contexto (Guerra 2000: 196).

Na fase de execução (on-going), pretende-se saber se os projectos de intervenção estão a atingir os grupos-alvos e se estão a assegurar os recursos e serviços previstos. Esta avaliação decorre da resposta a dois questionamentos: se o projecto está a atingir a população que se visava e, se os diversos modos e meios de intervenção são aqueles que estavam estabelecidos no início do projecto. Uma avaliação de acompanhamento visa portanto determinar de forma sistemática se o projecto está a ser executado conforme o previsto (Guerra 2000: 196).

No final do projecto (ex-post) serão avaliados objectivos ou de resultados que pretende verificar os efeitos do projecto no fenómeno social com que se pretendia lidar. Este tipo de avaliação de objectivos, ou de resultados, consiste em averiguar em que medida o projecto produziu as mudanças que se tinha desejado e também quais os resultados não esperados que emergiram ao longo do processo. Ou seja, no final ou após a intervenção, pretende-se conhecer os resultados e a eficácia do projecto, o que pressupõe a existência de objectivos previamente definidos e de critérios de sucesso definidos de forma operacional e capazes de serem medidos (Guerra 2000: 197).

6.9 Cronograma

As actividades irão decorrer entre os meses de Setembro de 2015 e Junho de 2016.

Quadro II Cronograma das Actividades

Actividade	2015				2016					
	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J
A1										
B1; B2										
C1; C2; C3; C4										
D1; D2; D3										
E1										
F1; F2										
G1 até G10										

Conclusão

De acordo com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) citado por Guiomar (2010 p.4) *“o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível”*.

O autor supra citado refere ainda que a *“promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos a pessoas idosas, aumenta a longevidade, melhoram a saúde e qualidade de vida”* (Guiomar:2010 p.6).

O presente estudo contou com a participação de 100 idosos que de um modo geral podemos caracterizá-los da seguinte forma: na sua maioria são do género feminino, casados, têm dois filhos, possuem o primeiro ciclo do ensino básico e não auferem um rendimento superior ao salário mínimo. Quanto à actividade física e memória, na sua maioria praticam actividade física pelo menos duas vezes por semana e consideram ter uma memória regular.

Os objectivos do presente estudo procuraram compreender se existe relação entre envelhecimento bem-sucedido e as queixas de memória prospectiva e retrospectiva, neste sentido avaliámos a memória prospectiva e retrospectiva dos idosos, caracterizámos o envelhecimento bem-sucedido e avaliámos a relação entre a escolaridade, estatuto socioeconómico, género e as queixas de memória.

Após recolha, análise e tratamento de dados concluímos que os idosos participantes do presente estudo apresentam em média um envelhecimento bem-sucedido elevado, contudo, quando estratificado em envelhecimento bem-sucedido alto e envelhecimento bem-sucedido baixo, a sua maioria (64%) apresenta resultados de um envelhecimento bem-sucedido baixo. Relativamente à memória apresentam resultados de perda de memória reduzida, contudo a sua maioria (51%) refere ter presença de queixas de memória.

Pelo exposto acima, delineamos uma proposta de projecto de intervenção intitulado AGIT(A)MENTE que contempla um programa de estimulação cognitiva, no sentido de diminuir as queixas de memória, que haja uma manutenção das habilidades cognitivas para os que não apresentam queixas e neste sentido potenciar o envelhecimento bem-sucedido.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, P. (1998). *Memória Implícita e Processamento: do sublinhar à formatação de imagens*. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Minho, Portugal
- Ascensão, M. (2011). *Solidão, depressão e qualidade de vida no idoso: Implementação de um programa de intervenção*. Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa.
- Baddeley, A., Anderson, M., Eysenck, M. (2011) *Memória*. Artmed Editora S.A – Porto Alegre - RS
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In P. B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). New York: Cambridge University Press
- Bardin,L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benites, D. (2006) *Auto-Eficácia Geral e Auto-Relato de Falhas de Memória Prospectiva e Retrospectiva em adultos e idosos*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre/RS
- Benites, D., Gomes, W. (2007) *Tradução e validação preliminar do Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ)* Psico-USF, v. 12, n. 1, p. 45-54, jan./jun. 2007
- Campos, C. (2004) *Métodos de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde*. Revista Brasileira, Brasília
- Cancela, D. (2007) *O Processo de Envelhecimento* – Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade do Porto – Portal dos Psicólogos
- Carvalho, M. (2013) *Um percurso Heurístico pelo Envelhecimento* – Serviço Social no Envelhecimento. Factor
- Costa, M. (1998) *Gerontograma: a velhice em cena – estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade*. São Paulo: Agora.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi

Editores

Fonseca, A. (2005 a). *O envelhecimento bem-sucedido*. In C. Paúl, & A. Fonseca, (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.

Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3):189-98.

Fleck, M. (2008). *A Avaliação de qualidade de vida- Guia para profissionais da saúde*, Editora Artmed.

Fragoeiro, I. (2008). *A saúde mental das pessoas idosas na região autónoma da Madeira*. Dissertação de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Gerhard, T., Silveira, D. (2009) *Métodos de Pesquisa*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul

GIL, A. C. (1987). *Métodos e técnicas de pesquisa social*, Atlas.

Gonçalves, C. (2012) *Programa de Estimulação Cognitiva em idosos Institucionalizados*. Revista de Psicologia

Guiomar, V. (2010) *Compreender o Envelhecimento Bem-Sucedido a partir do Suporte Social, Qualidade de Vida e Bem-Estar Social dos indivíduos em idade avançada*. Portal dos Psicólogos

Guerra, I. (2000). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção*. Cascais: Principia.

Guerra, Isabel Carvalho (2002); *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*; Principia, Publicações Universitárias e Científicas; Cascais.

Jarros, R. (2011) *Perfil Neuropsicológico de Adolescentes com Transtornos de Ansiedade*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre/RS

Paulino, J. (2013) *Dissociação entre Memória Prospectiva e Memória Retrospectiva numa População Idosa: Contributo para a Validação do PRMQ* – Dissertação de Mestrado

- Lemaine, P, Bherer, L. (2005) *Psicologia do Envelhecimento: uma perspectiva cognitiva*. Instituto Piaget. Lisboa
- Lima, A.M.M.; Silva, H.S.; Galhardoni, R. (2008) Successful aging: paths for a construct and new frontiers. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.12, n.27, p.795-807, out./dez.
- Martins, T.; Ribeiro, J.L.P. & Garrett, C. *Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais*. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2003, Vol. 4, 1, pp. 131-148.
- Melendez, A. (2000). *Actividades Físicas para Mayores Las razones para hacer ejercicio*. Getafe (Madrid): Editorial Gymnos.
- Netto, J. P. (1999). *A construção do projeto ético-político do Serviço Sócia frente à crise contemporânea*. In: *Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Capacitação em Serviço Social e política social*. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB,
- Neri, A. (2001) *Palavras-chaves em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. 2ª Edição. Porto: Legis Editora.
- Oliveira, D.; Gomes, L. e Oliveira, R. (2006). *Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência*. *Revista Saúde Pública*, 40 (4), 734-736.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Osório, A. R. e Pinto, F. C., (2007) *As Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*, Instituto Piaget – Horizontes Pedagógicos, Lisboa
- Paúl, M. C. (1997) *Lá para o fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra. Livraria Almedina
- Paúl, C. ; Fonseca, M. (2005) *Envelhecer em Portugal*, S/LCLIMEPSI Editores.
- Paúl, M. C. (2005). *A Construção de Um Modelo de Envelhecimento Humano*. In M. C. Prata, T. Esgalho, M. (2010) *Memória Emocional Implícita e Explícita em Idosos*. *Internacional Journal of Developmental and Educacional Psychology*
- Quivy, R. & Champenhoudt, Luc Van (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Editora Gradiva.

- Reker, G. T. (2002). *Prospective predictors of successful aging in community-residing and institutionalized Canadian elderly*. *Ageing International*, 27(1), 42–64
- Ribeiro, P., J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Menezes, R., & Baltazar, M. (2007). *Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225 –237.
- Ribeiro, J., (2007) *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Sampaio, A, C, L. (2007). Benefícios da caminhada na qualidade de vida dos adultos. Dissertação de licenciatura apresentada na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda
- Sousa, M. e Baptista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios*. Lisboa: PACTOR
- Who – World Health Organization (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Madrid: World
- Yassuda, M. S., Batistoni, S. S., Fortes, A. G., & Neri, A. L. (2006). *Treino de Memória no Idoso Saudável: Benefícios e Mecanismos*. Obtido em 4 de Março de 2015, de Psicologia, Reflexão e Crítica: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18819316>
- Zimmerman, G. I. (2000) *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas

Apêndices

Apêndice I

(Pedido à Câmara Municipal de Moura para efectuar a pesquisa)

Moura, 16 de outubro de 2014

Exmo. Senhor :

Vereador da Câmara Municipal de Moura

Sr. Joaquim Simões

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo académico

Eu, Patrícia Isabel Serrado Pato, aluna do Mestrado em Psicogerontologia Comunitária no Instituto Politécnico de beja, na Escola Superior de Educação, venho por este meio solicitar a V. colaboração no desenvolvimento do estudo de dissertação do mestrado, intitulado “Lembrando a idade com sucesso: Memória Retrospectiva e Prospectiva em idosos Saudáveis”.

Este estudo pretende compreender se existe relação entre o envelhecimento bem-sucedido e as queixas de memória prospectiva e retrospectiva em pessoas idosas. Pretende-se recolher informação junto dos idosos que participam no projecto desenvolvido pela Câmara Municipal de Moura intitulado “Atividade Física Sénior”.

Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes serão identificados.

Deste modo, solicito a vossa autorização para que possa aplicar aos idosos alguns questionários, tais como, Mini Exame do Estado Mental (MEEM); Escala de Envelhecimento bem-sucedido (SAS); Questionário Sociodemográfico; Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva (PRMQ) e Escala de Ansiedade e Depressão.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com a mais elevada e estima consideração, agradecendo, desde já, a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Patrícia Isabel Serrado Pato

Apêndice II

(Questionário Sociodemográfico)

Questionário Sociodemográfico

Este questionário surge no âmbito da recolha de dados para o desenvolvimento do estudo de investigação. Garante o anonimato.

Identificação

1. Data de nascimento: ____/____/____ 2. Idade: ____ anos

3. Sexo: 1. ☐ Masculino 2. ☐ feminino

4. Naturalidade: _____

5. Estado civil 1. ☐ solteiro(a) 2. ☐ casado(a) 3. ☐ viúvo (a) 4. ☐ divorciado (a)
/ separado (a) 5. ☐ outros

Há quanto tempo está na situação atual? _____

6. Quantos filhos você tem?

☐ Nenhum ☐ 1 filho ☐ 2 filhos ☐ 3 filhos ☐ 4 filhos ☐ 5 filhos ☐ + de 5 filhos

7. Escolaridade

1. ☐ Não sou alfabetizado

2. ☐ Primeiro ciclo do ensino básico

3. ☐ Segundo ciclo

4. ☐ Ensino Secundário

5. ☐ Ensino Superior

6. ☐ pós-graduação ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado

7. ☐ Outro: _____

8. A remuneração económica do(as) senhor (a) é aproximadamente de:

1. ☐ Até um salário mínimo (505€)

2. ☐ Até dois salários mínimos

3. ☐ De três a quatro salários mínimos

4. ☐ De cinco a seis salários mínimos

9. Faz actividade física regularmente?

☐ não ☐ menos de 1 vez/semana ☐ 1 vez/semana ☐ 2 vezes /semana ☐ 3 vezes /semana ☐ 4 ou mais vezes/semana

10. Alguém perto de você (família/amigos) pensa que você tem uma memória fraca?

☐ 1. Nunca ☐ 2. Raramente ☐ 3. Às vezes ☐ 4. Frequentemente ☐ 5. Muito Frequentemente

11. Como é que vê a sua memória hoje?

☐ 1. Ruim ☐ 2. Regular ☐ 3. Boa ☐ 4. Muito boa ☐ 5. Excelente

12. Como é que vê a sua memória hoje, comparando com cinco nos atrás?

☐ 1. Muito Pior ☐ 2. Um pouco pior ☐ 3. Mais ou menos igual ☐ 4. Um pouco melhor ☐ 5. Muito melhor

13. Como é que você classificaria a sua própria memória, em comparação com a dos outros da sua idade?

☐ 1. Muito Pior ☐ 2. Um pouco pior ☐ 3. Mais ou menos igual ☐ 4. Um pouco melhor ☐ 5. Muito melhor

14. Você acha que a sua memória tem interferido e dificultado as suas actividades diárias, em comparação com cinco anos atrás?

☐ 1. Não ☐ 2. Sim

Se sim, quanto?

Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
------------------	-----------------	-----------------------	-----------------------------

1	2	3	4
---	---	---	---

15. Você acha que a sua memória tem causado problemas em sua vida familiar, em comparação com cinco anos atrás?

☐ 1. Não ☐ 2. Sim

Se sim, quanto?

Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
1	2	3	4

Apêndice III

(Termo Consentimento Livre e Esclarecimento)

Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação

Está a ser convidado(a) para participar, na minha investigação intitulada: **Lembrando a idade com sucesso: Memória Retrospectiva e Prospectiva em Idosos Saudáveis**. Após esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

O principal objectivo desta investigação é compreender se existe relação entre o Envelhecimento Bem-Sucedido e as queixas de Memória Prospectiva e Retrospectiva.

A sua participação neste estudo é apenas responder a alguns instrumentos de recolha de dados para a presente investigação, tais como: Mini Exame do Estado Mental, Escala de Ansiedade e Depressão Hospital, Questionário Sociodemográfico, Escala de Envelhecimento Bem-Sucedido e Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva.

Não existe para si qualquer risco em participar nesta pesquisa.

A qualquer momento que você achar necessário poderá solicitar esclarecimentos sobre o que está a ser tratado, bem como solicitar a interrupção da sua participação, sem problemas de qualquer natureza.

Asseguro que o que for registado será respeitosamente utilizado, e que serão mantidos em sigilo e em anonimato todas as informações contidas neste estudo, inclusive na divulgação da mesma.

Você receberá uma cópia deste termo onde tem nome, telefone e endereço do investigador responsável, para que possa localizá-lo a qualquer altura.

Investigadora: Patrícia Isabel Serrado Pato. Mestranda em Psicogerontologia Comunitária pelo Instituto Politécnico de Beja, na Escola Superior de Educação. Telemóvel: 964890393

Considerando os dados acima, confirmo estar a ser informado(a) por escrito e verbalmente dos objectivos desta investigação.

Eu (nome do participante): _____

idade: _____ sexo: _____ naturalidade: _____ portador(a) do documento de identificação n.º _____ declaro que entendi os objectivos, riscos e benefícios da minha participação na investigação e concordo em participar.

Assinatura do participante: _____ Data: ____/____/____

Apêndice IV

(Análise da Consistência Interna das Escalas Utilizadas)

Análise da Consistência Interna da Escala de Envelhecimento Bem-sucedido

A escala é uma escala ordinal do tipo Likert com sete alternativas de resposta (de “1” a “7”) entre “discordo fortemente” e “concordo fortemente”. É constituída por 14 itens, os quais se organizam em 2 dimensões:

Dimensões da Escala de Envelhecimento Bem-sucedido

Dimensões	Itens
(a) Estilo de Vida Saudável	06- Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível. 07- Faço esforços para permanecer relativamente livre de doenças e deficiências. 08- Tento manter um bom funcionamento físico e mental conforme envelheço. 13- Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis. 14- Sinto-me confortável em aceitar tanto os meus defeitos quanto as minhas qualidades.
(b) Compromisso com a Vida	02- Quando as coisas não saem tão bem como de costume, continuo tentando de outras maneiras até atingir o mesmo resultado. 03- Em momentos difíceis desenvolvo força mental para lidar com a situação. 09- Estou envolvido activamente com a vida através de contactos sociais regulares. 10- Faço todos os esforços para alcançar as metas importantes para mim. 12- Posso lidar com qualquer coisa que apareça em meu caminho.
Não utilizados	01- Sou capaz de fazer escolhas sobre as coisas que afectam o modo como envelheço, como por exemplo, a minha dieta, exercícios e cigarros. 04- Mantenho relações de confiança e afecto com as pessoas significativas para mim. 05- Estou envolvido activamente com a vida através de actividades produtivas. 11- Sinto que estou no controle do ambiente à minha volta.

Estatísticas de consistência interna: Dimensão (a) Estilo de Vida Saudável

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,790	5

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,70, pelo que podemos considerar que as 5 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: o Estilo de Vida Saudável.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja mais elevado.

Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão (a) Estilo de Vida Saudável

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
06- Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível.	,445	,791
07- Faço esforços para permanecer relativamente livre de doenças e deficiências.	,630	,733
08- Tento manter um bom funcionamento físico e mental conforme envelheço.	,588	,745
13- Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis.	,597	,742

Estatísticas de consistência interna: Dimensão (b) Compromisso com a Vida

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,667	5

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60, pelo que podemos considerar que as 5 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: Compromisso com a Vida.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja significativamente mais elevado.

Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Dimensão (b) Compromisso com a Vida

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
02- Quando as coisas não saem tão bem como de costume, continuo tentando de outras maneiras até atingir o mesmo resultado.	,427	,614
03- Em momentos difíceis desenvolvo força mental para lidar com a situação.	,429	,613
09- Estou envolvido activamente com a vida através de contactos sociais regulares.	,543	,552
10- Faço todos os esforços para alcançar as metas importantes para mim.	,465	,610
12- Posso lidar com qualquer coisa que apareça em meu caminho.	,283	,678

Conclusão: A Dimensão (a) Estilo de Vida Saudável pode ser perfeitamente medida pelos cinco itens que a integram, sendo o valor da consistência ($\alpha=0,790$) bastante superior ao determinado no estudo realizado no Brasil ($\alpha=0,60$), a Dimensão (b) Compromisso com a Vida pode ser medida de forma próxima de aceitável pelos cinco itens que a integram, sendo o valor da consistência ($\alpha=0,666$) também superior ao determinado no estudo realizado no Brasil ($\alpha=0,60$).

Estatísticas de consistência interna: Escala de Envelhecimento bem sucedido

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,867	14

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar que as 14 variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: Envelhecimento bem sucedido.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja mais elevado.

Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Escala de Envelhecimento bem sucedido

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
06- Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível.	,516	,859
07- Faço esforços para permanecer relativamente livre de doenças e deficiências.	,588	,856
08- Tento manter um bom funcionamento físico e mental conforme envelheço.	,584	,856
13- Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis.	,635	,853
14- Sinto-me confortável em aceitar tanto os meus defeitos quanto as minhas qualidades.	,591	,855
02- Quando as coisas não saem tão bem como de costume, continuo tentando de outras maneiras até atingir o mesmo resultado.	,390	,866
03- Em momentos difíceis desenvolvo força mental para lidar com a situação.	,511	,859
09- Estou envolvido activamente com a vida através de contatos sociais regulares.	,509	,860
10- Faço todos os esforços para alcançar as metas importantes para mim.	,623	,854
12- Posso lidar com qualquer coisa que apareça em meu caminho.	,447	,863
01- Sou capaz de fazer escolhas sobre as coisas que afectam o modo como envelheço, como por exemplo, a minha dieta, exercícios e cigarros.	,467	,862
04- Mantenho relações de confiança e afecto com as pessoas significativas para mim.	,483	,861
05- Estou envolvido activamente com a vida através de actividades produtivas.	,680	,850
11- Sinto que estou no controle do ambiente à minha volta.	,518	,858

Conclusão: A Escala de Envelhecimento bem-sucedido pode ser perfeitamente medida pelos 14 itens que a integram.

Análise da Consistência Interna do Questionário de Memória Prospectiva e Retrospectiva (PRMQ)

A escala é uma escala ordinal do tipo Likert com sete alternativas de resposta (de “0” a “4”) entre “nunca” e “muito Frequentemente”. É constituída por 16 itens, os quais se organizam em 2 dimensões:

Dimensões da Escala de Memória Prospectiva e Retrospectiva (PRMQ)

Dimensões	Itens
PRMQ prospectiva	01- Decide fazer alguma coisa em alguns minutos e depois esquece-se de a fazer?
	03- Falha em fazer alguma coisa que deveria fazer poucos minutos mais tarde mesmo que esteja na sua frente, como tomar um remédio ou apagar o lume da chaleira?
	05- Esquece-se de compromissos se não for lembrado por outra pessoa ou por um lembrete, como um calendário ou uma agenda?
	07- Esquece-se de comprar algo que planeou comprar, como um cartão de aniversário, mesmo quando você vê a loja?
	10- Pretende levar algo consigo, antes de deixar uma sala ou sair para a rua, mas minutos depois deixa o que queria levar para trás, mesmo que esteja à sua frente?
	12- Falha em dar um recado ou entregar um objecto que lhe pediram para dar a alguém?
	14- Se tentasse entrar em contacto com um amigo ou um parente que estivesse fora, esquecer-se-ia de tentar novamente mais tarde?
	16- Esquece-se de falar com alguém algo que você queria falar alguns minutos antes?
PRMQ retrospectiva	02- Falha em reconhecer um lugar que já visitou antes?
	04- Esquece-se de alguma coisa que lhe foi contada há alguns minutos?
	06- Falha em reconhecer uma personagem num programa de radio ou tv de uma cena para a outra?
	08- Falha ao lembrar coisas que aconteceram na sua vida nos últimos dias?

-
- 09- Repete a mesma história para a mesma pessoa em ocasiões diferentes?
 11- Esquece-se do lugar onde recentemente colocou alguma coisa, como uma revista ou óculos?
 13- Olha para algo sem notar que viu a mesma coisa momentos antes?
 15- Esquece-se do que viu na televisão no dia anterior?
-

Estatísticas de consistência interna: PRMQ Prospectiva

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,821	8

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar que as 8 variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: a PRMQ Prospectiva.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja mais elevado.

Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: PRMQ Prospectiva

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
01- Decide fazer alguma coisa em alguns minutos e depois esquece-se de a fazer?	,432	,816
03- Falha em fazer alguma coisa que deveria fazer poucos minutos mais tarde mesmo que esteja na sua frente, como tomar um remédio ou apagar o lume da chaleira?	,545	,801
05- Esquece-se de compromissos se não for lembrado por outra pessoa ou por um lembrete, como um calendário ou uma agenda?	,454	,813
07- Esquece-se de comprar algo que planeou comprar, como um cartão de aniversário, mesmo quando você vê a loja?	,578	,796
10- Pretende levar algo consigo, antes de deixar uma sala ou sair para a rua, mas minutos depois deixa o que queria levar para trás, mesmo que esteja à sua frente?	,652	,786
12- Falha em dar um recado ou entregar um objecto que lhe pediram para dar a alguém?	,638	,787
14- Se tentasse entrar em contacto com um amigo ou um parente que estivesse fora, esquecer-se-ia de tentar novamente mais tarde?	,468	,811
16- Esquece-se de falar com alguém algo que você queria falar alguns minutos antes?	,584	,796

Estatísticas de consistência interna: PRMQ Retrospectiva

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,717	8

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,70, pelo que podemos considerar que as 8 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: a PRMQ Retrospectiva.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja significativamente mais elevado.

Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: PRMQ Retrospectiva

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
02- Falha em reconhecer um lugar que já visitou antes?	,236	,729
04- Esquece-se de alguma coisa que lhe foi contada há alguns minutos?	,415	,688
06- Falha em reconhecer uma personagem num programa de radio ou tv de uma cena para a outra?	,302	,711
08- Falha ao lembrar coisas que aconteceram na sua vida nos últimos dias?	,420	,688
09- Repete a mesma história para a mesma pessoa em ocasiões diferentes?	,376	,698
11- Esquece-se do lugar onde recentemente colocou alguma coisa, como uma revista ou óculos?	,461	,679
13- Olha para algo sem notar que viu a mesma coisa momentos antes?	,565	,658
15- Esquece-se do que viu na televisão no dia anterior?	,542	,661

Estatísticas de consistência interna: Escala de Memória PRMQ Total

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,874	16

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que podemos considerar que as 14 variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: Escala de Memória PRMQ Total.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, nem que contribuam para que o valor do Alfa seja mais elevado:

Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Escala de Memória PRMQ Total

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
01- Decide fazer alguma coisa em alguns minutos e depois esquece-se de a fazer?	,456	,869
03- Falha em fazer alguma coisa que deveria fazer poucos minutos mais tarde mesmo que esteja na sua frente, como tomar um remédio ou apagar o lume da chaleira?	,587	,864
05- Esquece-se de compromissos se não for lembrado por outra pessoa ou por um lembrete, como um calendário ou uma agenda?	,504	,867
07- Esquece-se de comprar algo que planeou comprar, como um cartão de aniversário, mesmo quando você vê a loja?	,562	,865
10- Pretende levar algo consigo, antes de deixar uma sala ou sair para a rua, mas minutos depois deixa o que queria levar para trás, mesmo que esteja à sua frente?	,648	,861
12- Falha em dar um recado ou entregar um objecto que lhe pediram para dar a alguém?	,636	,861
14- Se tentasse entrar em contacto com um amigo ou um parente que estivesse fora, esquecer-se-ia de tentar novamente mais tarde?	,498	,868
16- Esquece-se de falar com alguém algo que você queria falar alguns minutos antes?	,657	,861
02- Falha em reconhecer um lugar que já visitou antes?	,279	,878
04- Esquece-se de alguma coisa que lhe foi contada há alguns minutos?	,538	,866
06- Falha em reconhecer uma personagem num programa de radio ou tv de uma cena para a outra?	,395	,872
08- Falha ao lembrar coisas que aconteceram na sua vida nos últimos dias?	,446	,870
09- Repete a mesma história para a mesma pessoa em ocasiões diferentes?	,391	,873
11- Esquece-se do lugar onde recentemente colocou alguma coisa, como uma revista ou óculos?	,554	,865
13- Olha para algo sem notar que viu a mesma coisa momentos antes?	,577	,864
15- Esquece-se do que viu na televisão no dia anterior?	,561	,865

Conclusão: A Escala de Memória PRMQ Total pode ser perfeitamente medida pelos 16 itens que a integram.

Análise da Consistência Interna da Escala de ansiedade e depressão (EAD)

A escala é uma escala ordinal do tipo Likert com cinco alternativas de resposta (de “1” a “4”). É constituída por 14 itens, os quais se organizam em duas dimensões:

Dimensões da Escala de ansiedade e depressão (EAD)

DIMENSÕES	Itens
Ansiedade	R01- Sinto-me tenso/a ou nervoso/a
	R03- Tenho a sensação de medo, como se algo de terrível tivesse para acontecer
	R05- Tenho a cabeça cheia de preocupações
	07- Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a
	09- Tenho uma sensação de medo, com um aperto no estômago
	R11- Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a
	R13- De repente, tenho sensações de pânico
Depressão	02- Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar
	04- Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas
	R06- Sinto-me animado/a
	R08- Sinto-me mais lento/a como se fizesse as coisas mais devagar
	R10- Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico
	12- Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro
	14- Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão

A escala dos itens assinalados com R foi recodificada de forma inversa, de modo a que a um maior valor de cada um dos itens esteja associado um sentimento de ansiedade ou depressão, respectivamente.

Tabela 16: Estatísticas de consistência interna: Ansiedade

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,658	7

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60, pelo que podemos considerar que as 7 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: a Ansiedade.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que o item 7 contribui para que o valor do Alfa não seja mais elevado.

Tabela 17: Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Ansiedade

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
R01- Sinto-me tenso/a ou nervoso/a	,330	,634
R03- Tenho a sensação de medo, como se algo de terrível tivesse para acontecer	,501	,577
R05- Tenho a cabeça cheia de preocupações	,382	,619
07- Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a	,195	,669
09- Tenho uma sensação de medo, com um aperto no estômago	,407	,611
R11- Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a	,417	,607
R13- De repente, tenho sensações de pânico	,341	,632

Tabela 18: Estatísticas de consistência interna: Depressão

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,584	7

O valor do Alfa de Cronbach está próximo do valor de 0,70, pelo que podemos considerar que as 7 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: a Depressão.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que o item 8 contribui para que o valor do Alfa não seja mais elevado.

Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Depressão

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
02- Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar	,393	,514
04- Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	,423	,508
R06- Sinto-me animado/a	,283	,553
R08- Sinto-me mais lento/a como se fizesse as coisas mais devagar	,023	,640
R10- Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	,380	,514
12- Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	,247	,569
14- Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão	,441	,502

Estatísticas de consistência interna: Ansiedade e Depressão

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,704	14

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,70, pelo que podemos considerar que as 14 variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: a Ansiedade e a Depressão.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que o item 12 contribui para que o valor do Alfa não seja mais elevado:

Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Ansiedade

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
RQ01 EAD- Sinto-me tenso/a ou nervoso/a	,315	,688
RQ03 EAD- Tenho a sensação de medo, como se algo de terrível tivesse para acontecer	,385	,678
RQ05 EAD- Tenho a cabeça cheia de preocupações	,313	,688
Q07 EAD- Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a	,275	,693
Q09 EAD- Tenho uma sensação de medo, com um aperto no estômago	,393	,678
RQ11 EAD- Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a	,357	,682
RQ13 EAD- De repente, tenho sensações de pânico	,383	,679
Q02 EAD- Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar	,290	,691
Q04 EAD- Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	,330	,687
RQ06 EAD- Sinto-me animado/a	,354	,683
RQ08 EAD- Sinto-me mais lento/a como se fizesse as coisas mais devagar	,187	,703
RQ10 EAD- Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	,375	,680
Q12 EAD- Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	,143	,710

Conclusão: Esta escala EAD é aceitável para medir a Ansiedade e a Depressão nesta amostra.

Anexos

Anexo I
(Ofício Câmara Municipal de Moura)



CÂMARA MUNICIPAL DE MOURA

Exma. Senhora
Patrícia Isabel Serrado Pato
Rua da Caridade, nº 6
7860 Moura

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data

Proc. S-3/1

24/10/2014

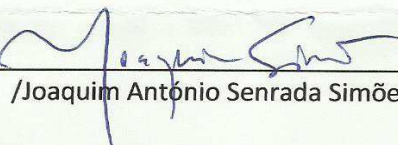
Of. Nº 4436

Assunto: Pedido de Realização de um estudo académico

Em resposta à carta enviada à Câmara Municipal de Moura, com a data de 16/10/2014, em que solicita a colaboração no estudo de dissertação do mestrado em Psicogerontologia Comunitária no Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Educação, no âmbito do qual pretende recolher informação junto dos idosos que participam no projeto “Atividade Física Sénior”, desenvolvido pela Câmara Municipal de Moura, venho, por este meio informar que a sua pretensão foi autorizada.

Com os melhores cumprimentos,

O Vereador do Pelouro


/Joaquim António Senrada Simões /

JS/lp

Anexo II

(Mini Exame do Estado Mental)

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os
objectos: Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

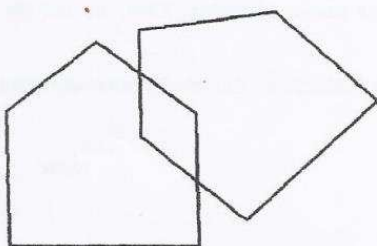
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo: • analfabetos ≤ 15 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22

• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo III

(Escala de Envelhecimento Bem-sucedido)

Escala de Envelhecimento Bem-sucedido.

Instrução: Abaixo estão afirmações que avaliam como as pessoas se sentem acerca de seu próprio envelhecimento. Leia cuidadosamente cada afirmação e indique como cada uma delas se aplica a você, usando uma escala de pontos de 1 a 7. Por exemplo, se você concorda fortemente, circule CF após a afirmação. Se você discorda moderadamente, circule DM. Se você está indeciso, circule I. Tente usar moderadamente a categoria Indeciso.

1. (CF) Concordo Fortemente 2. (C) Concordo 3. (CM) Concordo Moderadamente
4. (I) Indeciso 5. (DM) Discordo Moderadamente 6. (D) Discordo 7. (DF) Discordo Fortemente

1. Sou capaz de fazer escolhas sobre coisas que afetam o modo como envelheço, como por exemplo, minha dieta, exercícios e cigarros.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
2. Quando as coisas não saem tão bem como de costume, continuo tentando de outras maneiras até atingir o mesmo resultado.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
3. Em momentos difíceis desenvolvo força mental para lidar com a situação.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
4. Mantenho relações de confiança e afecto com pessoas significativas para mim.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF

Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
5. Estou envolvido activamente com a vida através de actividades produtivas.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
6. Faço esforços para manter-me independente pelo maior tempo possível.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
7. Faço esforços para permanecer relativamente livre de doenças e deficiências.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
8. Tento manter um bom funcionamento físico e mental conforme envelheço.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
9. Estou envolvido ativamente com a vida através de contatos sociais regulares.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente

10. Faço todos os esforços para alcançar as metas importantes para mim.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
11. Sinto que estou no controle do ambiente à minha volta						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
12. Posso lidar com qualquer coisa que apareça em meu caminho.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
13. Faço tentativas de incorporar hábitos de vida saudáveis.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente
14. Sinto-me confortável em aceitar tanto meus defeitos quanto minhas qualidades.						
CF	C	CM	I	DM	D	DF
Concordo Fortemente	Concordo	Concordo Moderadamente	Indeciso	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Fortemente

Anexo IV

(Pedido e autorização da utilização da escala SAS)

De: **Patrícia Pato** (patriciaserrado@hotmail.com)

Enviada: quinta-feira, 20 de novembro de 2014 19:47:34

Para: greker@trentu.ca (greker@trentu.ca)

Dear Professor Gary Reker,

My name is Patrícia Pato, I am a Master's student at the Polytechnic Institute of Beja, Portugal (<https://www.ipbeja.pt/>).

I have been searching the literature on successful aging and prospective memory complaints and retrospective memory. The study is titled : Remembering age successfully: retrospective memory and prospective memory in healthy elderly, having as main objective to analyze the relationship between successful aging and complaints about retrospective memory and prospective memory.

I would like to ask your authorization for applying the Successful Aging Scale (SAS) questionnaire, which I intend to adapt and validate to Portugal.

I would like to thank you in advance for your attention to my request.

In this sense I would like to state that I am available to provide further information.

You can contact me at the e mail: patriciaserrado@hotmail.com

Patrícia Pato

De: **Gary Reker** (greker@trentu.ca)

Enviada: sábado, 22 de novembro de 2014 17:39:11

Para: Patrícia Pato (patriciaserrado@hotmail.com)

Hi Patricia,

Yes, I hereby give you permission to use the Successful Aging Scale in your research. A copy of the scale and manual are attached. I would be very interested in receiving a translation and validation of the SAS in your native language. All the best with your research. Check out my work and publications in this field on ResearchGate.

Cheers, Gary T. Reker

Anexo V

(Escala de Memória Prospectiva e Retrospectiva)

Questionário de Memória (QMPR)

<p>A fim de compreender porque é que as pessoas cometem erros de memória, precisamos saber mais sobre os tipos de erros que as pessoas fazem, e com que frequência eles são feitos na sua vida quotidiana. Gostaríamos que nos dissesse quantas vezes essas questões acontecem consigo.</p> <p>Por favor, indique marcando a resposta correspondente. Por favor, certifique-se que responde a todas as questões mesmo que elas não sejam inteiramente aplicáveis à sua situação.</p>		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
1	Decide fazer alguma coisa em alguns minutos e depois esquece-se de a fazer?	0	1	2	3	4
2	Falha em reconhecer um lugar que já visitou antes?	0	1	2	3	4
3	Falha em fazer alguma coisa que deveria fazer poucos minutos mais tarde mesmo que esteja na sua frente, como tomar um remédio ou apagar o lume da chaleira?	0	1	2	3	4
4	Esquece-se de alguma coisa que lhe foi contada há alguns minutos?	0	1	2	3	4
5	Esquece-se de compromissos se não for lembrado por outra pessoa ou por um lembrete, como um calendário ou uma agenda?	0	1	2	3	4
6	Falha em reconhecer uma personagem num programa de radio ou tv de uma cena para a outra?	0	1	2	3	4
7	Esquece-se de comprar algo que planeou comprar, como um cartão de aniversário, mesmo quando você vê a loja?	0	1	2	3	4
8	Falha ao lembrar coisas que aconteceram na sua vida nos últimos dias?	0	1	2	3	4
9	Repete a mesma história para a mesma pessoa em ocasiões diferentes?	0	1	2	3	4
10	Pretende levar algo consigo, antes de deixar uma sala ou sair para a rua, mas minutos depois deixa o que queria levar para trás, mesmo que esteja a sua frente?	0	1	2	3	4
11	Esquece-se do lugar onde recentemente colocou alguma coisa, como uma revista ou os óculos?	0	1	2	3	4
12	Falha em dar um recado ou entregar um objecto que lhe pediram para dar a alguém?	0	1	2	3	4
13	Olha para algo sem notar que viu a mesma coisa momentos antes?	0	1	2	3	4
14	Se tentasse entrar em contacto com um amigo ou um parente que estivesse fora, esquecer-se-ia de tentar novamente mais tarde?	0	1	2	3	4
15	Esquece-se do que viu na televisão no dia anterior?	0	1	2	3	4
16	Esquece-se de falar com alguém algo que você queria falar alguns minutos antes?	0	1	2	3	4

Anexo VI

(Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:
(3) Quase sempre
(2) Muitas vezes
(1) Por vezes
(0) Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:
(0) Tanto como antes
(1) Não tanto agora
(2) Só um pouco
(3) Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:
(3) Sim e muito forte
(2) Sim, mas não muito forte.
(1) Um pouco, mas não me aflige.
(0) De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:
(0) Tanto como antes
(1) Não tanto como antes
(2) Muito menos agora
(3) Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:
(3) A maior parte do tempo
(2) Muitas vezes
(1) Por vezes
(0) Quase nunca
6. Sinto-me animado/a:
(3) Nunca
(2) Poucas vezes
(1) De vez em quando
(0) Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:
- (0) Quase sempre
 - (1) Muitas vezes
 - (2) Por vezes
 - (3) Nunca
8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
- (3) Quase sempre
 - (2) Muitas vezes
 - (1) Por vezes
 - (0) Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estomago:
- (0) Nunca
 - (1) Por vezes
 - (2) Muitas vezes
 - (3) Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- (3) Completamente
 - (2) Não dou a atenção que devia
 - (1) Talvez cuide menos que antes
 - (0) Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- (3) Muito
 - (2) Bastante
 - (1) Não muito
 - (0) Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- (0) Tanto como antes
 - (1) Não tanto como antes
 - (2) Bastante menos agora
 - (3) Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- (3) Muitas vezes
 - (2) Bastantes vezes
 - (1) Por vezes
 - (0) Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de radio ou televisão:
- (0) Muitas vezes
 - (1) De vez em quando
 - (2) Poucas vezes
 - (3) Quase nunca

Anexo VII

(Pedido e Autorização da utilização da HADS)

De: Patrícia Pato [patriciaserrado@hotmail.com]
Enviado: terça-feira, 2 de Dezembro de 2014 19:43
Para: José Luis Pais Ribeiro
Assunto: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

Exmo. Senhor Prof. Doutor José Pais Ribeiro,

Venho por este meio solicitar a V. Ex.^a, a autorização para a utilização da Versão Portuguesa da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. O meu nome é Patrícia Isabel Serrado Pato, sou aluna do 2ºano de Mestrado em Psicogerontologia Comunitária no Instituto Politécnico de Beja e pretendo utilizar este instrumento no estudo, “**Lembrando a idade com sucesso: Memória Retrospectiva e Prospectiva em Idosos Saudáveis**” que será desenvolvido no contexto da Dissertação do Mestrado.

O presente trabalho tem por objectivos: Avaliar a memória prospectiva e retrospectiva dos idosos; Caracterizar o envelhecimento bem-sucedido; Avaliar a relação entre a escolaridade, estatuto socioeconómico, sexo e a queixas de memória.

E por conseguinte, venho pedir as referências necessárias para a cotação do mesmo.

Agradecendo desde já a sua atenção, fico ao seu dispor para esclarecimentos que achar pertinentes, sobre este assunto.

Com os meus melhores cumprimentos,
Patrícia Pato

De: **José Luis Pais Ribeiro** (jlpr@fpce.up.pt) .
Enviada: quarta-feira, 3 de dezembro de 2014 10:29:44
Para: Patrícia Pato (patriciaserrado@hotmail.com)

Cara colega

Não me oponho à utilização da versão portuguesa da HAD que traduzi e estudei para a população portuguesa.
Os dados de cotação estão no texto de validação de minha autoria et al.
De resto na internet encontra esses dados. Os valores da versão portuguesa são os mesmos que os da escala original

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt mobile phone: (351) 965045590 web
page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/> Lattes- <http://lattes.cnpq.br/1488255260017966>
ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

